

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Application de la thérapie cognitivo-comportementale à l'intervention en counseling de carrière  
groupeal auprès d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale

par

Vanessa Labrecque-Grenier

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

M.Sc.

Maîtrise en orientation à visée professionnelle

Août 2019

© Vanessa Labrecque-Grenier, 2019



UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Application de la thérapie cognitivo-comportementale à l'intervention en counseling de carrière  
groupeal auprès d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale

par

Vanessa Labrecque-Grenier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

\_\_\_\_\_  
Université de \_\_\_\_\_ Directrice ou directeur de la recherche

\_\_\_\_\_  
Université de \_\_\_\_\_ Membre du jury

Essai accepté le \_\_\_\_\_



## **SOMMAIRE**

Les troubles de la santé mentale, présents chez environ 20 % de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2018), affectent les diverses sphères de vie des individus qui en souffrent. Les difficultés vocationnelles font partie des effets indésirables que peuvent engendrer les maladies mentales. Les personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale, qualifié de trouble mental grave, vivent des complications sur le marché du travail lorsque vient le temps pour elles de s’y insérer ou de s’y maintenir (Khalifa, Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter et Lieb, 2010). Les personnes conseillères d’orientation ont ainsi un rôle à jouer auprès de cette population afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle : elles peuvent notamment intervenir auprès de celle-ci en contexte groupal ou individuel. Par ailleurs, selon Duggan (2009), le recours à du counseling de groupe autour des diverses attitudes présentent chez les individus avec un trouble de la personnalité antisociale leur causant des difficultés sur le plan de l’employabilité favoriserait leur réinsertion professionnelle et leur maintien en emploi. Dans le même ordre d’idées, la thérapie cognitivo-comportementale s’avère efficace auprès de cette clientèle (Davidson, Halford, Kirkwood, Newton-Howes, Sharp et Tata, 2010). Bien que des interventions de groupe mobilisant une approche cognitivo-comportementale semblent profitables auprès des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale, le sujet semble peu étudié. Cet essai procède à une recension des écrits dans le but d’identifier comment l’intervention en counseling de carrière groupal mobilisant la thérapie cognitivo-comportementale influence l’insertion sociale et professionnelle d’une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale. Les trois concepts clés de notre cadre de recherche, soit le trouble

de la personnalité antisociale, le counseling de carrière groupal ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale, ont ainsi composé les mots-clés qui furent entrés dans les banques de données pertinentes pour analyse. Les 9 résultats auxquels nous sommes parvenues ont permis de mettre en lumière que des programmes de groupe mobilisant une approche cognitivo-comportementale de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>e</sup> vague s'avèrent efficaces pour réduire la consommation de substances, l'impulsivité, la colère, la récidence et améliorer les relations interpersonnelles des personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale : ce qui pourrait favoriser leur maintien en emploi. Toutefois, il semblerait que les personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale semblent moins prêtes à s'engager dans les traitements qui leur sont proposés, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas le désir ou la motivation de changer, qu'elles ne se croient pas en capacité de participer à un programme et qu'elles décrochent prématurément de ces derniers. Un autre résultat élucidé par notre recension des écrits est que les programmes recensés ne démontrent pas concrètement comment le groupe a pu influencer les comportements ou pensées des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale. De surcroît, des participants étaient exclus des programmes étant donné la présence de symptômes actifs liés à la violence chez ceux-ci, ce qui illustre toute la complexité de l'intervention auprès de cette clientèle. Par ailleurs, les programmes recensés n'ont pu démontrer clairement comment la participation aux activités des programmes a pu influencer l'insertion socioprofessionnelle des personnes ayant un trouble de la personnalité antisociale. Nos résultats suggèrent cependant que de travailler certaines dimensions telles que la gestion de la colère, les comportements prosociaux en plus d'effectuer des suivis post programme pourrait avoir un impact positif sur l'insertion socioprofessionnelle et le maintien en emploi des individus ayant un trouble de la personnalité antisociale. Enfin, bien que

des programmes existent pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle de la clientèle atteinte de troubles mentaux, les caractéristiques des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale semblent à considérer pour l'implantation de futurs programmes au regard de cette population.

.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....</b>	<b>xi</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>xv</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>18</b>
1. SITUATION DES INDIVIDUS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA SANTÉ MENTALE	
GRAVE .....	18
1.1 La situation des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale.....	20
1.2 La place des conseillères et conseillers d'orientation auprès de la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale .....	23
1.3 L'intervention de groupe auprès d'une clientèle ayant un trouble de la personnalité antisociale .....	25
1.4 Principales conclusions des études recensées .....	27
1.5 Question générale de recherche .....	34
<b>CHAPITRE 2 : CADRE DE RECHERCHE.....</b>	<b>36</b>
1. TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE .....	36
2. COUNSELING DE CARRIÈRE GROUPAL .....	38
3. THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE .....	41
4. PERTINENCE ET OBJECTIFS DE L'ESSAI.....	46
<b>CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>48</b>
1. RECENSION DES ÉCRITS .....	49
2. LES CRITÈRES DE RECHERCHE.....	49
2.1 Critères d'inclusion .....	49
2.2 Critères d'exclusion .....	50
3. COLLECTE DES DONNÉES .....	50
4. LES MOTS CLÉS.....	51
4.1 Opérateurs booléens.....	52
4.2 Références bibliographiques .....	53



5.	MÉTHODE D'ANALYSE.....	53
6.	ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE .....	54
	<b>CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS.....</b>	<b>55</b>
1.	DESCRIPTION DES PROGRAMMES DE COUNSELING GROUPAL TCC .....	56
1.1	Programmes s'adressant spécifiquement à la clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale .....	56
1.2	Programmes incluant la clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale .....	60
2.	RETOMBÉES ET INFLUENCE DES PROGRAMMES SUR LES INDIVIDUS ATTEINTS DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE .....	70
	<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....</b>	<b>75</b>
1.	LIMITES .....	77
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
	<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>81</b>
	<b>ANNEXE A- CRITÈRES DIAGNOSTIQUES .....</b>	<b>93</b>
	<b>ANNEXE B- TABLEAU COMPARATIF DES PROGRAMMES RECENSÉS .....</b>	<b>94</b>



## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACT	Agression Control Therapy
APQ	Antisocial Personality Questionnaire
ART	Agression Replacement Training
ASI	Addiction Severity Index
BDI	Beck Depression Inventory
BEST	Boderline Evaluation of Severity Over Time
BIS	Barratt Impulsiveness Scale
BPAQ	Buss-Perry Agression Questionnaire
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CGI	Clinical Global Impression severity scale
CM	Contingency Management
CO	Conseillères et conseillers d'orientation
CPI-So	California Psychological Inventory-Socialization Scale
CTCR	Center for Therapeutic Community Research
CVTRQ	Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire
DC	Individual Drug Counseling
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ÉNAR	Établissement des normes d'autodévoilement et de rétroaction
ETS	Enhanced Thinking Skills

GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GAS	Global Assessment Scale
IDAP-A	Integrated Domestic Abuse Programme – Accelerated
ILC	Impulsive Lifestyle Counselling
IOA	Inventory of Interpersonal Situations
IPS	Individual Placement Support
MET/CBT	Motivational Enhancement /Skills Training
MH	Mental Health
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview)
MTC	Modified Therapeutic Community
OASY	Offender Assessment System
OGRS-2	Offender Group Reconviction Scale - 2
OSAB	Observation Scale for Aggressive Behaviour
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
PCL : SV	Hare Psychopathy Checklist : Screening Version
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV II
SRASBM	Self-Report of Aggression and Social Behavior Measure
STAIR	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation
STEPPS	System Training for Emotional Predictability and Problem Solving
TAU	Traitment habituel ou <i>traitment as usual</i>
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

TPA	Trouble de la personnalité antisociale
TPL	Trouble de la personnalité limite
TSP	Thinking Skills Program
WAIS-R	Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised
ZAN-BDP	Zanarini Rating Scale for Boderline Personality Disorder



## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Patricia Dionne, pour son support et sa disponibilité tout au long de ma rédaction. Patricia, ton écoute et tes conseils ont su me redonner confiance lors des moments de questionnements. Merci pour tes commentaires tous aussi pertinents les uns que les autres.

Léa, merci à toi pour ta présence soutenue lors de la rédaction de cet essai. Nos échanges et nos fous rires m'ont permis de ventiler et d'être davantage disposée à l'écriture de cette recherche. Tu es la plus belle rencontre que j'ai pu effectuer cette dernière année.

Sylvain, ma moitié, mon pilier, merci d'être tout simplement ce que tu es : un conjoint aimant, présent, attentionné et à l'écoute.

Adam, Lucas et James, merci pour votre patience. Je vous aime d'un amour profond. Vous avez su faire preuve de compréhension face à ce grand défi que représentait pour moi la recherche.

## INTRODUCTION

Au Québec, il est estimé qu'une personne sur cinq souffre ou souffrira de maladie mentale au courant de sa vie (Gouvernement du Québec, 2018). La maladie mentale « se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance » (Ibid., n.p.). D'ailleurs, la maladie mentale se manifeste chez un individu notamment par divers signes de changements perceptibles par l'entourage de celui-ci ainsi que par des symptômes que la personne elle-même peut ressentir (Ibid.). Parmi ces troubles ou ces maladies mentales, il est question notamment des troubles mentaux reliés à l'humeur, des troubles anxieux, des troubles psychotiques, des troubles de la personnalité et des troubles du comportement alimentaire, pour ne nommer que ceux qui sont les plus connus (Ibid.). Ces troubles, qui varient en intensité, peuvent avoir des effets souvent délétères sur la vie éducative et professionnelle des personnes qui en souffrent (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Cet essai s'intéresse plus particulièrement au trouble de la personnalité antisociale. Puisque les gens qui en souffrent ont des difficultés d'insertion sociale et professionnelle, les personnes conseillères d'orientation sont amenées à intervenir notamment en contexte groupal auprès de ceux-ci dans différents milieux comme les centres de réhabilitation ou les pénitenciers.

Par ailleurs, plusieurs auteurs indiquent que les individus présentant un trouble de la personnalité antisociale ne sont pas traitables (Salekin, 2002 ; Van Den Bosch, Rijckmans, Decoene et Chapman, 2018) et qu'ils présentent des caractéristiques pouvant altérer le fonctionnement d'un groupe de thérapie (Pankow et Knight, 2012). Ainsi, sans nier que des



auteurs caractérisent cette population d'intraitable, nous nous sommes intéressées aux approches à préconiser auprès de cette population à l'intérieur de cet essai en effectuant une recension préliminaire des écrits. Il s'avère ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale a démontré son efficacité auprès des individus présentant un TPA (Davidson, Halford, Kirkwood, Newton-Howes, Sharp et Tata, 2010) et que peu d'études traitent du counseling de carrière groupal auprès de cette clientèle. Cet essai a donc pour objectif de démontrer, par le biais d'une recension systématique des écrits, comment l'intervention en counseling de carrière groupal mobilisant la thérapie cognitivo-comportementale influence l'insertion sociale et professionnelle d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale.

Le premier chapitre de cet essai, soit la problématique, met en lumière la situation sociale et professionnelle des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale. Il décrit notamment les difficultés vocationnelles auxquelles est confrontée cette population. Le deuxième chapitre, le cadre de recherche, vise à décrire les concepts relatifs à notre objet de recherche : le trouble de la personnalité antisociale, le counseling de carrière groupal et la thérapie cognitivo-comportementale. Notre choix de devis de recherche s'étant arrêté sur la recension des écrits, le troisième chapitre présente les étapes méthodologiques de notre étude. Une recension systématique des écrits a pour objectif de décrire de façon détaillée la méthode employée pour répondre à notre question de recherche ainsi qu'aux objectifs spécifiques de cette dernière. Les résultats de cette recension des écrits sont par la suite exposés au quatrième chapitre. Ils sont présentés en deux sous-sections destinées à répondre à nos deux objectifs spécifiques de recherche. Les constats les plus pertinents au regard de notre objet de recherche ainsi que les limites de notre étude sont présentées au cinquième chapitre, constituant notre discussion.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Le présent chapitre a pour but premier de présenter la problématique entourant notre objet de recherche, soit l'intervention en counseling de carrière groupal auprès des individus atteints d'un trouble de la personnalité antisociale. À cet égard, nous aborderons les situations et difficultés, notamment vocationnelles, auxquelles sont confrontés les individus présentant ce trouble spécifique. La place que les personnes conseillères d'orientation (CO) occupent auprès de cette population sera aussi traitée, de même que les principales conclusions des études recensées sur les interventions à mobiliser auprès d'une clientèle atteinte de ce trouble de la personnalité antisociale.

### 1. SITUATION DES INDIVIDUS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA SANTÉ MENTALE GRAVE

Les troubles de santé mentale touchent 20 % de gens et affectent les individus qui en souffrent sur le plan vocationnel (Organisation mondiale de la Santé, 2013). D'ailleurs, les troubles mentaux figurent parmi les maladies engendrant les plus nombreux cas d'absentéisme au travail, précédant même les maladies physiques (Kirby et Keon, 2006). À cet égard, l'analyse de Marshak, Bostick et Turton (1990) a montré que les individus aux prises avec des incapacités physiques étaient deux fois plus susceptibles de se réadapter que ceux atteints de troubles mentaux. Dans un même ordre d'idées, Zalaquett (2009) indique que les problèmes de santé mentale sont responsables de taux plus élevés d'absentéisme au travail. Sur le plan national, au Canada, le taux de chômage des individus atteints de maladie(s) mentale(s) grave(s) est estimé entre 70 % à 90 %, ce qui s'avère une proportion importante (Finch et Wheaton, 1999 ; Stuart et

Arboleda-Flórez, 2009). Parmi ces maladies mentales, nous retrouvons les troubles mentaux graves, qui se définissent par « un trouble mental, comportemental ou affectif entraînant une déficience fonctionnelle grave, qui interfère considérablement ou limite une ou plusieurs activités majeures de la vie » [traduction libre] (The National Institute of Mental Health, 2017, n.p.). Les individus présentant un trouble grave de la santé mentale se retrouvent donc devant des difficultés d'insertion sociale et professionnelle pouvant être associées à des situations de pauvreté et de précarité. Corbière, Lecomte et Lanctôt (2011) indiquent que « les prestations sociales pour les personnes ayant des troubles mentaux graves [incluant les individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale] [...] par exemple, [peuvent] représenter 80 % du salaire minimum au Québec (Canada)» (p.226). De plus, d'après une étude menée aux États-Unis, les individus aux prises avec un ou des troubles graves de la santé mentale sont aussi considérés comme l'un des groupes présentant le plus de difficulté à se maintenir en emploi, la durée moyenne de leur embauche étant évaluée à seulement 70 jours (Xie, Drain, Becker et Drake, 1997). De surcroît, il est constaté que ces personnes peuvent avoir des problèmes en ce qui a trait à la constance et à la ponctualité au travail : elles peuvent montrer des difficultés à être présentes chaque jour et à l'heure qui convient, et ces difficultés sont plus particulièrement observées chez celles qui sont atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale (Finch et Wheaton, 1999). D'autant plus, les individus aux prises avec un trouble de la santé mentale grave ont les conditions d'embauche les plus difficiles et sont à risque d'avoir à surmonter des doutes ou préjugés relatifs à leurs capacités de la part des employeurs (Black, 1998).

## **1.1 La situation des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale**

Les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale font partie de ceux atteints de troubles mentaux graves. Ils sont confrontés à de nombreuses difficultés personnelles et vocationnelles. À cet égard, il s'avère pertinent de décrire en quoi consiste un trouble de la personnalité, de façon générale<sup>1</sup>. Celui-ci est caractérisé par

un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source de souffrance ou d'une altération du fonctionnement (American Psychiatric Association, 2015, p.841).

Des auteurs cités dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (APA, 2015) affirment que les troubles de la personnalité affectent en moyenne 15 % de la population états-unienne (Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan et Pickering, 2004). En ce qui a trait plus particulièrement au trouble de la personnalité antisociale, la prévalence se situe plutôt entre 0,2 et 3,3 % (Goldstein, Dawson, Saha, Ruan, Compton, et Grant, 2007 ; Lenzenweger, Lane, Loranger et Kessler, 2007 ; Torgersen, Kringlen et Cramer, 2001). Par ailleurs, ce trouble est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (APA, 2015). Ce constat est notamment attribuable à l'accent mis sur les traits agressifs, caractéristique habituellement octroyée aux hommes, retrouvés dans la définition de ce trouble de la personnalité (Ibid.).

---

<sup>1</sup> Nous décrivons le trouble de la personnalité antisociale de façon spécifique dans le chapitre suivant.

Les difficultés personnelles, mais surtout vocationnelles identifiées précédemment chez les personnes aux prises avec un trouble de la santé mentale grave s'appliquent également aux individus présentant un trouble de la personnalité antisociale. Finch et Wheaton (1999) ajoutent néanmoins que les gens atteints d'un trouble de la personnalité antisociale présentent de la difficulté à être fiers du travail qu'ils effectuent et qu'il est aussi problématique pour eux de se maintenir en emploi et de terminer une tâche. Selon ces auteurs et l'APA (2015), il est difficile pour les gens avec un trouble de personnalité antisociale de maintenir des relations interpersonnelles au travail, notamment en raison des comportements qu'ils peuvent entretenir auprès des individus comme l'escroquerie, l'agressivité, l'impulsivité, l'absence de remords et d'empathie pour les autres. De plus, les gens présentant un trouble de la personnalité antisociale ressentent la peur de l'échec, présentent une faible confiance en eux-mêmes, une faible tolérance pour la frustration et de l'anxiété, ce qui peut expliquer qu'ils n'obtiennent généralement pas de grandes réussites en matière d'emploi (Mansen, 1988). Ainsi, le trouble de la personnalité antisociale est aussi particulièrement associé à un fort taux de chômage, d'itinérance, de consommation de substances ainsi que de récidive ; ces deux dernières caractéristiques référant notamment au cas des prisonniers antisociaux (Khalifa, Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter et Lieb, 2010). La population atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale semble ainsi présenter un besoin de ressources en orientation afin de la soutenir, notamment dans son insertion et son maintien en emploi.

Il n'est pas rare de constater une concomitance entre le trouble de la personnalité antisociale et l'abus de substances. D'ailleurs, plus de 70 % des gens atteints d'un trouble de la personnalité antisociale présentent des problèmes d'alcool (Bucholz, Hesselbrock, Heath,

Kramer et Schuckit, 2000). À cet égard, les études épidémiologiques ont démontré que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale sont particulièrement présents dans les centres de traitement de la toxicomanie, dans les prisons ou dans d'autres contextes médico-légaux (Moran, 1999). Le fait que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale soient régulièrement aux prises avec un trouble relié à l'abus de substances les amène à commettre des actes criminels plus souvent que tout autre trouble clinique (Howard, McCarthy, Huband et Duggan, 2013 ; Durbeej, Palmstierna, Rosendahl, Berman, Kristiansson et Gumpert, 2015 ; Simpson, Grimbos, Chan et Penney, 2015). De plus, la fréquence à laquelle ceux-ci effectueront des infractions criminelles est de loin supérieure ( $F = 9.8$ ,  $df = 1,122$ ,  $p = 0.002$ ) à un individu qui présente uniquement un trouble relié à l'abus de substances (Fridell, Hesse, et Johnson, 2006). À cet égard, le fait de posséder un dossier criminel à la suite de l'exécution de gestes illégaux peut entraver l'employabilité des individus atteints de ce trouble de la personnalité (Arcand, Poupart, et Cantin, 2004). Ils peuvent ainsi avoir davantage besoin de soutien des personnes conseillères d'orientation pour les aider à répondre à leur besoin d'orientation ou d'insertion sociale et professionnelle.

Une recherche traitant d'individus en milieux carcéraux en Allemagne révèle d'ailleurs que les détenus sont 10 fois plus susceptibles de présenter un trouble de la personnalité antisociale que la population en général (Schildbach et Schildbach, 2018). Aussi, Craissati, Minoudis, Shaw, Chuan, Simons et Joseph (2011) ainsi que Fazel et Danesh (2002) avancent que le trouble de la personnalité antisociale est le trouble de la personnalité le plus répandu au sein des milieux carcéraux. En effet, Motiuk et Porporino (1991), cités dans McGuire (2015), ont découvert qu'en Ontario, dans les services correctionnels, la proportion de détenus qui

présentaient les caractéristiques d'une personnalité antisociale selon les critères du DSM était de 59,0 %<sup>2</sup>.

## **1.2 La place des conseillères et conseillers d'orientation auprès de la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale**

Les personnes conseillères d'orientation, spécialistes de la relation individu-environnement-travail, sont amenées à exercer leur profession dans divers milieux et auprès de nombreuses clientèles, notamment celles atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale. En effet, que ce soit auprès des jeunes, des adultes, en réadaptation physique ou mentale, dans les organisations, en pratique privée ou encore dans le domaine de l'employabilité (OCCOQ, 2018), ces personnes professionnelles se doivent de mettre en œuvre des compétences particulières afin de bien s'acquitter des tâches qui leur incombent. Ils sont ainsi tenus, par exemple, d'évaluer la situation de manière rigoureuse, de concevoir l'intervention en orientation, d'intervenir directement, d'exercer un rôle-conseil auprès d'autres acteurs, d'évaluer l'impact des interventions en orientation ainsi que de gérer leur pratique de manière à en assurer la rigueur et la pertinence, conformément aux normes en vigueur (OCCOQ, 2010). L'évaluation en orientation d'une clientèle atteinte d'un trouble de la santé mentale, de façon plus spécifique,

---

<sup>2</sup> Le DIS (Diagnostic Interview Schedule), un instrument d'évaluation mis au point par le National Institute of Mental Health (Robin et Helzer, 1985), fût utilisé auprès de 3 224 détenus du Service Correctionnel Canada. Ces détenus, provenant de l'Atlantique, du Québec, de l'Ontario, des Prairies et du Pacifique, ont tout d'abord été sélectionnés de façon systématique. Les détenus ont ainsi été choisis par le biais d'une liste en appliquant un intervalle de sélection. Pour déterminer cet intervalle, la population régionale de chaque strate a par la suite été divisée par la taille souhaitée de l'échantillon. « Des échantillons aléatoires systématiques ont été prélevés de la façon suivante à partir des listes régionales de détenus : les détenus ont d'abord été triés par établissement puis, à l'intérieur de chaque établissement, classés par ordre ascendant d'âge. On a procédé de cette façon pour assurer une représentation proportionnelle des sujets par établissement, et par âge, à l'intérieur des établissements. Une fois ce tri opéré, une origine a été choisie au hasard à l'intérieur de l'intervalle d'échantillonnage » (Motiuk et Porporino, 1991, p.16).

représente une des activités réservées mises en place par la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Cette législation permet ainsi aux personnes conseillères d'orientation

[d'] [é]valuer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité; [d'] [é]valuer les troubles mentaux lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94; [d'] [é]valuer le retard mental [ainsi que d'] [é]valuer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la *Loi sur l'instruction publique* (Gouvernement du Québec, 2019, p. 26).

Il s'avère aussi que les personnes CO sont tenues d' « intervenir en tenant compte des contextes et des particularités des clientèles, notamment des personnes en situation de crise ou en déséquilibre mental » (OCCOQ, 2010, p.4). Ces personnes professionnelles de l'orientation exercent donc des fonctions d'évaluation, mais aussi d'intervention auprès d'une clientèle comme celles atteintes des troubles de santé mentale. Ils se doivent d'aménager les conditions concrètes et les ressources nécessaires à la mise en place de leurs interventions (OCCOQ, 2010). Or, il s'avère que plusieurs personnes conseillères d'orientation aux États-Unis – bien que la profession ne soit pas réglementée dans ce pays – peuvent être réticentes à l'idée de discuter des problèmes personnels des clients comme ceux reliés à la santé mentale, parce qu'elles considèrent qu'elles n'ont pas de formation avancée en psychothérapie (Zalaquett, 2009). Pour



les personnes conseillères d'orientation du Québec, le sentiment d'aisance relié à l'exercice des activités réservées dans la révision du Code des professions n'est pas concluant dans tous les cas (Dorceus, 2014). Pourtant, les personnes conseillères d'orientation se doivent d'identifier la relation qui existe entre la santé mentale et l'activité professionnelle des clients afin d'aider ces derniers à éclaircir les difficultés vécues sur le plan personnel et susceptibles d'affecter leur sphère professionnelle (Engels, Minor et Sampson, 1995). En effet, ils font partie des individus les plus marginalisés de la société et font face à bon nombre de déterminants sociaux associés à des conséquences néfastes pour leur santé physique et mentale, tels que l'éducation limitée, la pauvreté et le sous-emploi (Stewart, Nolan, Thompson et Sapers, 2015). Les personnes conseillères d'orientation ont ainsi un rôle à jouer au niveau de la réhabilitation de ses individus, notamment celle liée au travail et à la formation (Azrin et Phillip, 1979 ; Ministère de la Sécurité publique, 2018).

### **1.3 L'intervention de groupe auprès d'une clientèle ayant un trouble de la personnalité antisociale**

Les personnes conseillères orientation « réalisent auprès du client, des individus, des groupes ou des organisations, un processus de counseling d'orientation ou d'autres interventions à caractère vocationnel [...] » (OCCOQ, 2010, p.4). Ils sont donc amenés à intervenir en certaines occasions en contexte groupal. L'intervention de groupe auprès d'individus présentant des troubles de la santé mentale peut s'avérer pertinente (Hogan, Linden, et Najarian, 2002). Elle vise à

favoriser l'interaction entre les membres, le développement de la conscience de soi dans l'interaction et dans les relations avec les autres, la recherche de solutions aux situations problématiques dans l'interaction et l'appropriation du pouvoir d'agir en lien avec sa situation (Dionne, 2015, p. 58).

Dans un bon nombre de milieux, le processus d'aide peut prendre la forme d'une intervention groupale. Une certaine proportion de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale est susceptible d'effectuer un tel processus de groupe afin de favoriser leur réhabilitation professionnelle, notamment dans les milieux carcéraux et dans les services d'aide aux personnes toxicomanes (Ministère de la Sécurité publique, 2010 ; Association Québécoise des Centres d'Intervention en Dépendance, s.d.). Par contre, les caractéristiques des individus atteints de trouble de la personnalité antisociale font en sorte qu'il est difficile pour eux d'interagir avec autrui, d'agir avec respect et de se soumettre à des normes. À cet effet, Pankow et Knight (2012), dans leur étude auprès de détenus antisociaux impliqués dans un traitement contre l'abus de substances, avancent qu'au sein d'un groupe, un individu asocial (incluant les personnes aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale) entraîne notamment une perturbation de la cohésion de celui-ci. De plus, l'intervenant responsable du groupe doit passer un temps excessif avec le détenu peu coopératif, pénalisant ainsi le reste des membres (Ibid.). Les individus asociaux amèneraient aussi une perte de la structure du groupe ainsi que de la frustration par les autres membres ; un climat hostile règne donc à l'intérieur de celui-ci (Ibid.). Nonobstant, selon Jones (1963) le recours à du counseling de groupe auprès d'individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale à des fins éducatives pourrait les aider à adopter des comportements ajustés et à apprendre à interagir avec autrui. Ce psychiatre, pionnier

à la base du développement du concept de la communauté thérapeutique (1952), affirme que créer des liens avec des pairs où l'autorité est minimisée permettrait aux individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale de développer un sentiment d'appartenance, ce que ceux-ci n'ont, pour la plupart, jamais vécu comme sentiment. Ainsi, bien que les études de ce chercheur se fassent vieillissantes, il est raisonnable de penser qu'un travail de groupe autour des diverses attitudes présentes chez les individus avec un trouble de la personnalité antisociale leur causant des difficultés sur le plan de l'employabilité favoriserait leur réinsertion professionnelle et leur maintien en emploi. En effet, toujours selon Jones (1963), le groupe peut permettre aux personnes atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale, craintifs de l'autorité et souvent incapables de former des relations, de se rapporter à ses pairs pour tester différents moyens possibles de modifier leurs comportements et leurs attitudes inappropriés. Ainsi, la section qui suit expose les approches à utiliser en intervention groupal auprès de la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité sociale.

#### **1.4 Principales conclusions des études recensées**

Afin d'avoir une idée plus claire de l'état des connaissances relatif aux diverses approches et interventions groupales à préconiser auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale, nous avons recherché des articles traitant de celle-ci en y croisant par exemple les mots clés comme « antisocial personality disorder », « group therapy », « counse(l)ling group therapy », « vocational group counse(l)ling », « counse(l)ling intervention », « therapy » et « counseling de carrière groupal » à l'intérieur de l'Outil de découverte de l'Université de Sherbrooke. Nous avons ainsi trouvé plusieurs études abordant diverses

techniques d'intervention à préconiser auprès des individus ayant un trouble de la personnalité antisociale. Bien que de nombreux dispositifs d'aide aient été mis en place pour soutenir l'insertion sociale et professionnelle de cette clientèle (Vernick et Reardon, 2001 ; Marini, 2003 ; McKendrick. Sullivan, Banks et Sacks, 2006), des interventions de groupes centrées sur l'aspect vocationnel paraissent peu documentées. A contrario, certains experts mentionnent que le trouble de la personnalité antisociale n'est pas traitable (Salekin, 2002 ; Van Den Bosch, Rijckmans, Decoene et Chapman, 2018), mais d'autres en viennent tout de même à expliciter quelques approches thérapeutiques – de nature individuelle pour la plupart – pouvant s'avérer pertinentes auprès d'une clientèle qui en souffre (Van Den Bosch et al., 2018 ; Hatchett, 2015 ; Davidson et al., 2010 ; Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990 ; Hitchcock, 1994). Par ailleurs, les articles consultés traitent davantage de contexte thérapeutique – lequel relève de la psychothérapie et non du counseling de carrière. Les éléments retrouvés au sein des études permettent néanmoins de comprendre les enjeux de la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale et les approches à préconiser en counseling de carrière auprès de celle-ci. Par exemple, dans leur étude jumelant une recension de littérature et une étude comportant un panel d'experts en recherche, en gestion et en pratique clinique axées sur le trouble de la personnalité antisociale (n = 61), Van Den Bosch et al. (2018) recensent les attitudes et approches à adopter en intervention individuelle avec une clientèle atteinte du trouble de la personnalité antisociale. Parmi celles-ci, il est question notamment de coaching, de climat non punitif, de processus très bien organisé, de contrôle sur la consommation de substances, de gestion des comportements dysfonctionnels, mais les interventions en contexte de counseling de carrière groupal auprès de ce type d'individus ne sont pas traitées. L'étude stipule que les

personnes conseillères ou thérapeutes doivent se concentrer sur le développement de la confiance et d'une alliance de travail, tout en réduisant les attentes envers les changements de comportements. Les experts interrogés dans cette recherche montrent que le patient atteint d'un trouble de la personnalité antisociale peut *tester* le thérapeute au début du processus, qu'il mettra du temps pour se sentir assez en sécurité pour divulguer des informations qui rendent compte de sa vulnérabilité et qu'il aura tendance à repousser ou à retarder la gratification. Cela dit, la personne conseillère peut soutenir à court terme ses patients en répondant à leurs besoins et en résolvant des problèmes pratiques, ce qui peut renforcer leur engagement envers le traitement (Van den Bosch et al., 2018). Ces mêmes auteurs avancent également qu'il peut être utile d'évaluer soigneusement, via des interventions pilotes, la capacité du patient à éprouver des émotions, puisque cela aidera le professionnel à déterminer si les obstacles peuvent rendre difficile l'établissement d'un lien thérapeutique entre la personne intervenante et la personne cliente. Ils affirment aussi qu'il est important d'être conscient, en tant que thérapeute, que les patients avec un trouble de la personnalité antisociale considèrent souvent le monde comme leur ennemi et qu'ils éviteront donc d'être vulnérables devant leurs intervenants et de faire confiance à ces derniers. Il n'en demeure pas moins que ces résultats, bien que pertinents, ne relèvent pas de l'intervention groupale ou du contexte vocationnel et groupal.

Les professionnels interrogés dans l'étude de van den Bosch et al. (2018) abordent aussi diverses approches à utiliser auprès de la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale. Parmi celles-ci, nous dénotons la thérapie cognitivo-comportementale<sup>3</sup>, la thérapie

---

<sup>3</sup> La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une approche psychologique fondée sur des données probantes et pratiquée par divers professionnels, pour le traitement de la santé mentale et d'autres problèmes personnels et

comportementale dialectique, la thérapie orientée vers la solution, la thérapie basée sur la mentalisation ainsi que l'approche psychodynamique centrée sur la personne, mais rien n'y est précisé sur le counseling de carrière groupal.

Hatchett (2015) a effectué une recension des écrits sur les traitements appropriés auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale. Les 42 études recensées ont démontré un taux de réussite de 62 % des différents traitements ou approches auprès des clientèles atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale. Par exemple, 139 prisonniers – dont 50 % détenaient un diagnostic du trouble de la personnalité antisociale – ont été soumis à deux traitements distincts afin d'observer si l'une ou l'autre des approches était préférable et plus aidante pour les individus présentant un trouble de la personnalité antisociale concomitant (avec un trouble relié à l'abus de substances) (McKendrick, et al., 2006). Le premier groupe était soumis aux traitements habituels, qui incluaient un programme dit de base cognitivo-comportemental individuel et obligatoire comprenant une thérapie de gestion de la colère et de l'éducation, de la violence domestique, de la parentalité ainsi qu'un traitement hebdomadaire de la drogue et de l'alcool (McKendrick, et al., 2006). Pour ce qui est du deuxième groupe, ce dernier bénéficiait des traitements habituels combinés à une communauté thérapeutique (Ibid.). Les auteurs ont découvert que combiner la communauté thérapeutique au traitement habituel entraînait, 12 mois après la libération, une réduction significative de la consommation de substances et de la récidive que le traitement habituel à lui seul (Ibid.). Cependant, mis à part le

---

familiaux. Elle a pour but d'aider les clients à décomposer et à expérimenter les schémas de pensée, les réactions émotionnelles et les comportements existants identifiés par le biais d'une évaluation rigoureuse des difficultés actuelles (Sheldon, 2011).

taux de succès des communautés thérapeutiques, qui peut s'apparenter à l'intervention groupale par le fait que les individus se retrouvent en communauté avec d'autres, il n'est pas non plus question, au sein de cette étude, de counseling de carrière groupal<sup>4</sup> en tant que tel auprès de ce type de clientèle.

De même, la recherche de Davidson, Halford, Kirkwood, Newton-Howes, Sharp et Tata (2010) – dans laquelle 52 hommes en attente de leur procès, âgés d'environ 39 ans, sans emploi, présentant un trouble de la personnalité antisociale et ayant commis des actes d'agression 6 mois avant le début de l'étude ont été soumis soit à un traitement habituel ou à une thérapie cognitivo-comportementale individuelle – a conclu que la thérapie cognitivo-comportementale s'avère utile pour réduire les comportements et pensées antisociaux, mais encore une fois, le counseling de carrière groupal auprès de ce type de clientèle n'est pas traité.

Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen (1990), dans leur étude basée sur des analyses méta-analytiques, démontrent l'importance du renforcement positif auprès de clients délinquants afin d'améliorer leurs comportements souhaitables, de l'utilisation de la modélisation et de l'emploi de la thérapie cognitivo-comportementale afin de promouvoir le changement des comportements de ces individus. Le délinquant possédant des caractéristiques similaires aux gens aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale, bien que les actes délinquants ne soient pas spécifiques à ce diagnostic (APA, 2015) et que l'on ne puisse leur attribuer le critère diagnostique B relié à ce trouble, il est possible que cela représente en soi une possibilité

---

<sup>4</sup> Nous décrirons ce concept de façon spécifique dans le chapitre suivant.

d'intervention auprès de ces gens, mais l'auteur ne précise pas si cela peut s'appliquer à un contexte groupal et vocationnel.

Dans un autre ordre d'idées, Meier et Barrowclough (2009) ont découvert à travers leur recension de 58 articles scientifiques retrouvés dans les banques de données *Medline* et *PsychInfo* et révisés par les pairs que les individus atteints de trouble de la personnalité antisociale, en décrochant de manière précoce de divers traitements relatifs à l'abus de substances, ont été constamment exposés à des échecs. Il y a donc lieu de se questionner sur les interventions groupales à privilégier auprès de ces personnes, puisqu'encore ici, les auteurs ne précisent pas si les types de traitements relatifs à l'abus de substances relevaient seulement de contextes individuels ou incluaient également les interventions groupales.

D'un point de vue plus vocationnel, la recherche de Wilson (1994) menée au Colorado dans laquelle 403 jeunes incarcérés âgés entre 11 et 17 ans ont été soumis à divers programmes de développement de carrière, indique que le taux de récidive chez les jeunes incarcérés participant à des programmes de développement de carrière était significativement plus faible que chez ceux qui n'y participaient pas. De même, il a semblé que les individus impliqués dans des programmes de développement de carrière avaient par la suite des revenus plus élevés et des attitudes plus positives en ce qui a trait à leur expérience professionnelle (Wilson, 1994). Il s'avère ainsi que les services correctionnels comportent un nombre relativement important d'individus atteints d'un trouble de la personnalité antisociale (McGuire, 2015) et que les programmes de développement de carrière semblent faire leurs preuves auprès d'une clientèle judiciarisée.



L'étude de Thylstrup et Hesse (2016) avance que le programme psychoéducatif *Impulsive Lifestyle Counselling*, basé sur une approche cognitive et comportementale est idéal pour la clientèle atteinte d'un TPA, « car elle permet aux cliniciens de discuter des comportements et des croyances stigmatisés avec les patients dans une atmosphère sans jugement qui traite néanmoins explicitement des comportements et de leurs conséquences » [traduction libre] (p.49). Ce programme, testé dans six services ambulatoires danois, plus particulièrement chez 26 personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale en concomitance avec un trouble relié à l'abus de substances, s'avère un programme comportant des séances de groupe. Il semble efficace auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale en réduisant significativement les récidives, facilitant ainsi la réhabilitation (Thylstrup et Hesse, 2016). Un autre article recensé lors de notre recherche aborde la thérapie de groupe auprès d'une clientèle aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale. D'ailleurs, Hitchcock (1994) a mené une recherche en Californie auprès de prisonniers psychopathes (N=40) et non psychopathes (N=40) dans laquelle les psychopathes furent assignés à un groupe basé sur les 16 erreurs de pensées criminelles de Yochelson et Samenow (1976) et les dix techniques de thérapie cognitives développées par Beck et Freeman (1990) pendant 12 semaines. En comparant les deux groupes, Hitchcock (1994) a observé que les pensées des psychopathes, donc s'apparentant à celles retrouvées chez les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale (Ibid.), semblaient moins fragmentées et moins dichotomiques lorsqu'ils avaient effectué une thérapie de groupe basée sur une approche cognitive. Il affirme même que lorsque les psychopathes s'impliquaient à long terme dans la thérapie cognitive de groupe, les distorsions et erreurs de réflexion diminuaient chez ceux-ci.

Cependant, les conclusions montrent que davantage de recherches sont nécessaires, notamment parce les membres peuvent «s’interinfluencer» négativement et ainsi apprendre des individus présents au sein du groupe d’autres comportements antisociaux. Ainsi, bien que cette recherche traite du counseling groupal auprès d’une clientèle dite psychopathe – et donc s’apparentant aux gens atteints d’un trouble de la personnalité antisociale (Hitchcock, 1994) – l’aspect vocationnel n’a pas été abordé au cours du processus.

Donc, bien que des dispositifs de groupe soient mis en place auprès d’une clientèle atteinte d’un trouble de la personnalité antisociale, l’ensemble des résultats retrouvé au sein des études est limité en lien avec notre objet de recherche. En effet, cette première recension n’a pas réussi à mettre en lumière des types d’intervention spécifiques au counseling de carrière groupal auprès de notre clientèle cible. Les résultats, même s’ils sont contrastés, indiquent que la modalité de groupe est jugée pertinente chez des personnes présentant ce trouble et que des approches se sont avérées efficaces à utiliser auprès de celles-ci. Enfin, nous avons pu relever que des programmes basés sur une approche cognitive et comportementale semblent aidants pour la population ayant un trouble de la personnalité antisociale.

### **1.5 Question générale de recherche**

À la lumière de ce qui a été présenté, nous avons pu constater que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale, d’une part, se retrouvent en large proportion dans le milieu carcéral, dans les centres de traitements de la toxicomanie ainsi que dans les domaines médico-légaux (Moran, 1999). D’autre part, il s’avère que les personnes conseillères d’orientation, par leur mandat, sont amenées à intervenir dans divers milieux et auprès des clientèles atteintes de

trouble de la santé mentale, dont celles atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale. Il semble ainsi que ces personnes professionnelles aient peu confiance en leurs compétences à évaluer et intervenir auprès de ce type de clientèle ainsi que dans les connaissances qu'ils possèdent en la matière. De façon plus précise, Pankow et Knight (2012) avancent qu'il serait impératif que les personnes conseillères qui interagissent avec des clients considérés asociaux possèdent une formation spécialisée en la matière. En effet, « [l]es clients asociaux élevés posent souvent des défis aux conseillers et au personnel, ainsi le traitement et l'efficacité pourraient être améliorés en ayant [...] les titres de compétences et la formation [...] pour relever les défis [...] avec des clients asociaux » [traduction libre] (Ibid., p.381). La thérapie cognitivo-comportementale a démontré son efficacité auprès de la clientèle aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale (Davidson et al., 2010). La réduction des comportements antisociaux et les changements de pensées qu'elle amène chez les sujets concernés démontrent notamment la pertinence de son utilité (Ibid.). Ainsi, nous nous proposons d'effectuer une recherche de type recension des écrits dans le but de regrouper les programmes comportant des séances de groupe, basés sur une approche cognitive et comportementale ayant démontré leur efficacité auprès de cette population en répondant à la question générale de recherche suivante :

Comment l'intervention en counseling de carrière groupal mobilisant la thérapie cognitivo-comportementale influence-t-elle l'insertion sociale et professionnelle d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale?

## CHAPITRE 2 : CADRE DE RECHERCHE

À l'intérieur de ce chapitre relatif au cadre de recherche, nous traiterons des concepts clés ainsi que de la théorie sous-jacente au contenu qui soutiennent notre question de recherche. Nous définirons plus exhaustivement le trouble de la personnalité antisociale, le counseling de carrière groupal ainsi que la théorie relative à la thérapie cognitivo-comportementale.

### 1. TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

L'Association américaine de psychiatrie, dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (APA, 2015), définit le trouble de la personnalité antisociale comme « un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans » (p. 857) (critère A)<sup>5</sup>. Le patient diagnostiqué doit être âgé d'au moins 18 ans (critère B) et les diverses manifestations du trouble de la conduite doivent impérativement avoir commencé avant l'âge de 15 ans (critère C) (APA, 2015). De plus, il est important de souligner que les comportements antisociaux ne doivent pas survenir exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire (critère D) (Ibid.).

Selon l'APA (2015), les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale parviennent mal à se conformer aux normes sociales, ce qui fait qu'elles peuvent commettre des actes illégaux (vols, agressions sur autrui, destruction de biens, etc.). Il s'avère que ces individus trompent et manipulent facilement les autres afin d'obtenir plus facilement ce qu'ils souhaitent. De plus, ces personnes possèdent de la difficulté à planifier à l'avance, ce qui fait qu'elles

---

<sup>5</sup> Les différentes manifestations du trouble de la personnalité antisociale (critère A) se retrouvent en annexe A.

prennent des décisions impulsives et irréfléchies. Elles sont aussi irritables, agressives et peuvent se retrouver impliquées dans différents contextes violents comme dans des bagarres. Les personnes ayant un trouble de la personnalité antisociale ont tendance à être irresponsables et cela peut se traduire par des arrêts fréquents en emploi ou par des difficultés à assumer un rôle parental adéquat. Enfin, ces personnes ne ressentent pas de remords par rapport aux actes qu'elles commettent. Elles minimisent parfois les conséquences de leurs fautes et peuvent même blâmer les autres pour le malheur qui leur arrive. Enfin, ces personnes parviennent difficilement à s'excuser ou à reconnaître leur torts.

La définition de l'APA (2015) retrouvée dans le DSM-5 est ici retenue parce qu'elle semble faire consensus chez divers auteurs ou chercheurs. Petitjean (2013), Reid Meloy et Yakeley (2014) ainsi que Gibbon, Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter et Lieb (2009) pour n'en nommer que quelques-uns, utilisent en effet la définition de l'APA (2015) dans le DSM-5 ou celle retrouvée dans le DSM-IV afin de décrire le trouble de la personnalité antisociale. Ceux qui ne reprennent pas textuellement les propos du DSM-IV ou 5 se rapprochent par contre des propos de celui-ci. Nous préconisons aussi la définition de l'APA (2015) puisqu'elle demeure la plus complète et qu'elle présente de façon exhaustive tous les critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale. La définition<sup>6</sup> de Sue, Sue et Sue

---

<sup>6</sup> Les personnes aux personnalités antisociales ne tiennent aucunement compte des règles et de[s] morale[s] sociales et traditionnelles.[Elles] semblent incapables de faire preuve de loyauté envers les autres et de démontrer peu de culpabilité ou de remords pour leurs transgressions. [Elles sont] [é]goïs[tes], irresponsab[les], [possèdent une] faible tolérance à la frustration [mentent de façon] pathologique et [font preuve d']impulsivité (Sue, D., Sue, D., et Sue, S., 1986, p.285).

(1986), à contrario, s'avère brève et incomplète par rapport à celle retrouvée dans le DSM-5. Elle n'inclut pas, par exemple, les critères B, C et D présents dans ce manuel diagnostique.

Comme l'a démontré notre problématique, les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale peuvent être amenés à participer à des programmes d'insertion sociale et professionnelle de groupe. Ainsi, le prochain concept que nous décrirons sera le counseling de carrière groupal.

## 2. COUNSELING DE CARRIÈRE GROUPAL

Avant de définir le counseling de carrière groupal, il importe de décrire en quoi consiste le counseling de carrière plus précisément. Il s'avère que nous avons trouvé quelques définitions relatives à ce concept, mais nous nous sommes cependant attardées à celle de Guédon, Le Corff, Savard et Yergeau (2011). Ces auteurs définissent le counseling de carrière comme

une forme d'intervention psychologique et sociale qui a pour but d'aider des personnes de tout âge, à toutes les étapes de leur vie, à faire des choix éducatifs, à choisir une occupation et à s'y préparer, à s'insérer dans le marché du travail et à s'y adapter, à s'y maintenir et à y progresser (p.13).

Bien que cette définition ne décrive pas le contexte groupal, elle permet de mettre en lumière plusieurs éléments entourant le counseling de carrière auprès d'individus. Cette définition du counseling de carrière réfère notamment à la question de l'insertion, de l'adaptation et du maintien au travail, trois enjeux de carrière de la clientèle ciblée dans cet essai, soit les individus atteints d'un trouble de la personnalité antisociale. La définition de Guédon et al. (2011) peut

s'appliquer au contexte groupal si l'aspect du groupe y est inséré. Dans cet ordre d'idées, afin que la définition de notre concept reflète le plus possible notre objet de recherche, des aspects liés à l'interaction possible au sein d'un groupe doivent être ajoutés. Pour ce faire, nous avons choisi de jumeler la définition précédente à celle de Turcotte et Lindsay (2014), laquelle décrit le counseling de groupe comme une

méthode d'intervention qui mise sur le potentiel d'aide mutuelle présent dans un groupe et qui s'appuie sur une démarche structurée visant, d'une part, à aider les membres à satisfaire leurs besoins socio-émotifs ou à accomplir certaines tâches et, d'autre part, à favoriser l'acquisition de pouvoir par les membres du groupe (p. 9).

Cette définition, bien que n'abordant pas spécifiquement la carrière comme celle de Tolbert (1974)<sup>7</sup>, décrit somme toute le counseling de groupe comme nous le concevons. Elle met notamment l'accent sur le potentiel d'aide entre les membres. En effet, tel que mentionné précédemment, les individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale se retrouvent aux prises avec des difficultés interpersonnelles, notamment dans le cadre de leur travail, et le fait qu'ils puissent interagir avec autrui au sein d'un groupe peut leur permettre de vivre un certain apprentissage des comportements à adopter en contexte groupal et aussi à l'intérieur de leurs relations interpersonnelles. À cet égard, les petits groupes des counseling de

---

<sup>7</sup> La définition de Tolbert (1974) stipule que le counseling de carrière groupal réfère entre autres à la planification de la carrière et à la prise de décision en incluant des informations sur les professions, des précisions sur soi (intérêts, valeurs et aptitudes) ainsi qu'à l'exploration de son sens personnel dans le but d'identifier et d'examiner les aspects subjectifs de soi-même, d'obtenir des commentaires des autres et d'expérimenter différents rôles. L'auteur inclut la notion de la carrière dans sa définition, mais la notion d'entraide et d'interrelation entre les membres y est plus ou moins présente.

carrière permettent aux individus qui y participent : « a) [de] développer un lien social ; b) [de] travailler sur la façon d'être en relation avec les autres (notamment) ; c) [de] diminuer les préjugés dans les rapports sociaux et d) [d'] effectuer un travail de production collectif» (Dionne, 2015, p.58). Toutes ces caractéristiques, et plus particulièrement celle reposant sur la façon d'être en relation avec les autres, peuvent s'appliquer à la population que nous avons ciblée afin de favoriser l'insertion et le maintien en emploi des individus atteints d'un trouble de la personnalité antisociale.

Au final, nous conservons la définition de Guédon, Le Corff, Savard et Yergeau (2011) jumelée à celle de Turcotte et Lindsay (2014) pour décrire le counseling de carrière groupal comme une forme d'intervention psychologique et sociale qui s'appuie sur une démarche structurée misant sur le potentiel d'aide mutuelle ayant pour but d'aider des personnes de tout âge, à toutes les étapes de leur vie, à faire des choix éducatifs, à choisir une occupation, à s'y préparer, à s'insérer dans le marché du travail, à s'y adapter, ainsi qu'à s'y maintenir et à y progresser tout en aidant les membres à satisfaire leurs besoins socio-émotifs ou à accomplir certaines tâches ainsi qu'à favoriser l'acquisition de pouvoir par les membres du groupe.

Dans notre recension, nous retiendrons les programmes de counseling de carrière de groupe basés sur l'entraide et l'interaction entre les participants et qui auront pour objectifs ou tâches d'aider les membres à faire des choix vocationnels, à s'insérer ou à se maintenir en emploi. Enfin, les programmes que nous conserverons mobiliseront l'approche ayant démontré son efficacité en contexte groupal auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité



antisociale. Il s'agit de la thérapie cognitivo-comportementale, qui compose la sous-section suivante.

### 3. THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Comme démontré dans le chapitre dédié à la problématique, la thérapie cognitivo-comportementale s'avère une approche qui peut être utilisée, bien que non la seule, auprès d'individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale, mais peu d'études l'ont abordée en contexte de counseling de carrière groupal. Les différents concepts que nous avons retenus de cette approche pour notre recherche réfèrent aux cognitions, c'est-à-dire aux schémas et croyances fondamentales, aux croyances intermédiaires, aux processus cognitifs et aux pensées contrôlées ou automatiques ainsi qu'aux comportements. Les interactions entre ces différents concepts sont présentées dans cette section dédiée à la description de la thérapie cognitivo-comportementale.

Albert Ellis et Aaron T. Beck, tous deux pionniers de la thérapie cognitive, ont constamment intégré l'aspect comportemental à leurs traitements (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). Ces promoteurs de la thérapie cognitive se retrouvent au sein de la 2<sup>e</sup> vague de la thérapie cognitive-comportementale<sup>8</sup> (Ibid.). Ainsi, selon Ellis (1958) et Beck (1967), les pensées pathologiques qu'entretient un individu influenceront les comportements que celui-ci

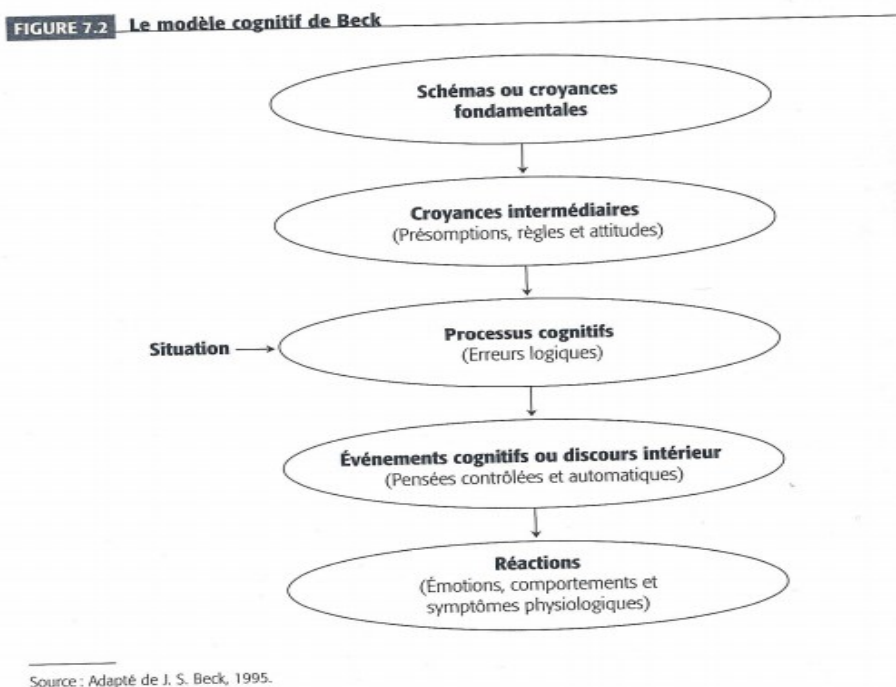
---

<sup>8</sup> La raison qui sous-tend notre choix quant à la seconde génération de cette approche, bien que celle-ci en compte trois (Bouvet, 2014), est que davantage d'études lues lors de notre recension préliminaire des écrits démontrent une efficacité des interventions basées sur les concepts relevant de la 2<sup>e</sup> vague auprès de notre population (Van Den Bosch et al., 2018 ; Wilson, 2014 ; Davidson, Halford, Kirkwood, Newton-Howes, Sharp et Tata, 2010 ; Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990 ; Hitchcock, 1994). Ainsi, à moins de précisions prouvant le contraire, lorsque nous renverrons à la thérapie cognitivo-comportementale au cours de cet essai, nous référerons à la 2<sup>e</sup> vague de cette approche.

adoptera par la suite. À cet égard, Ellis (1958) met de l'avant la *thérapie rationnelle-émotive*, devenue plus tard la *thérapie comportementale rationnelle-émotive*, laquelle s'appuie sur le principe que la détresse d'une personne relève de sa perception des événements. Selon le modèle ABC de cet auteur, un événement activateur (A) entraîne des croyances ou des pensées (B) qui peuvent mener à des conséquences émotionnelles et comportementales (C). Ainsi, selon Ellis (1958), un individu dont les pensées et croyances sont dysfonctionnelles accusera d'émotions ou de comportements également dysfonctionnels. La *thérapie comportementale rationnelle-émotive* et la personne thérapeute ou la personne conseillère qui l'applique visent à aider les clients, à les accompagner vers la modification de leurs diverses pensées et croyances dysfonctionnelles qui les paralysent et les empêchent d'atteindre leurs buts (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008).

La théorie de Beck (1967) s'approche de celle d'Ellis. Selon ce psychiatre, les individus ont des pensées automatiques. Ces pensées sont, dans le cas d'une pathologie, la plupart du temps dysfonctionnelles et entraînent de ce fait des processus cognitifs biaisés (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). Beck avance ainsi l'importance, en tant que thérapeute, d'accompagner le client afin que celui-ci puisse prendre conscience de la relation entre ses pensées, émotions et comportements, comme en traite Ellis dans la *thérapie comportementale rationnelle-émotive*. En effet, « en reconnaissant leurs pensées automatiques, les erreurs logiques qui les rendent dysfonctionnelles et les comportements qui en découlent, puis en remplaçant les pensées et comportements dysfonctionnels par d'autres, mieux adaptés » (Ibid., p.10), les patients seront davantage en mesure de surmonter leurs difficultés. La figure ci-

dessous illustre le modèle cognitif de Beck et les liens que ce chercheur établit entre les concepts.



*Figure 1.* Le modèle cognitif de Beck (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008, p. 94).

Ainsi, selon Beck, chaque individu possède des schémas et croyances fondamentales qui lui permettent d'évaluer son quotidien et d'y réagir (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). Ces schémas ou croyances fondamentales sont « des structures cognitives stockées en mémoire à long terme, composées d'éléments organisés provenant de réactions et d'expériences passées qui forment un corpus de connaissances relativement cohérent et stable, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes » [traduction libre] (Segal, 1988, p.147). Lorsque ces schémas ou croyances fondamentales deviennent hyperactivés, ils peuvent donner lieu à des problématiques pathologiques (Grebot et Dardard, 2010). D'ailleurs,

le niveau de fonctionnement pathologique correspond à une activation tellement intense des schémas que ceux-ci deviennent de plus en plus rigides, envahissants et invalidants. Lorsqu'un schéma dysfonctionnel est hyperactif, les distorsions cognitives (généralisation, personnalisation, maximalisation, inférence arbitraire, etc.) donnent lieu à l'émergence d'émotions et de comportements inadaptés. En effet, le contenu des schémas cognitifs hyperactivés joue un rôle déterminant dans la nature de la réponse affective et l'inclinaison comportementale (Ibid., p.375).

En ce sens, ces schémas et croyances peuvent donner naissance à des croyances intermédiaires telles que des présomptions, des règles et des attitudes (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). Les présomptions, aussi appelées croyances conditionnelles, représentent « des hypothèses ou conditions découlant directement d'une croyance fondamentale : elles en sont les conséquences implicites (si ceci est vrai, il en résulte cela) » (Ibid., p.83). En ce qui a trait aux règles, « elles constituent les critères de base auxquels l'individu se réfère pour évaluer la signification et, surtout, le bien-fondé de ses actions et de celles des autres : bien ou mal, bon ou mauvais » (Ibid. p.84). Enfin, les attitudes représentent « des façons plus ou moins identiques ou stéréotypées de réagir à certaines situations ou à certains événements de la vie courante ayant activé des croyances fonctionnelles ou dysfonctionnelles » (Ibid.). En ce sens, si les schémas d'un individu sont sains lorsqu'une situation se présente, il en résultera des croyances intermédiaires et processus cognitifs, c'est-à-dire des règles logiques de transformation de l'information, tout aussi sains (Ibid.). Dans le cas inverse, des erreurs logiques peuvent se produire : les événements cognitifs, qui représentent les structures cognitives superficielles et qui se présentent sous la forme de pensées ou d'images mentales découlant du traitement de

l'information par les schémas et les processus cognitifs, donnent lieu à des pensées contrôlées ou automatiques (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). Ces pensées contrôlées et automatiques peuvent se mobiliser chez la personne en un discours interne du style « je me moque pas mal de ce que les autres pensent », ce qui affectera les réactions/comportements que la personne entretiendra par la suite (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). La thérapie cognitivo-comportementale met donc en œuvre des techniques particulières permettant aux clients de prendre conscience de leurs pensées problématiques (aspect cognitif) qui influencent les comportements que ceux-ci adopteront par la suite (aspect comportemental).

Plusieurs techniques permettent d'élargir le champ d'intervention relatif à la TCC ou de rendre compte de ce qu'elle est aujourd'hui. Parmi celles-ci, nous retrouvons par exemple les schémas de Young (1990) ou la théorie de l'apprentissage social de Bandura (2<sup>e</sup> vague) (1977), pour n'en nommer que quelques-unes. Nous avons cependant retenu la perspective d'Ellis et Beck puisque ce sont eux, plus précisément, qui ont étudié les concepts à la base de la thérapie cognitivo-comportementale (Chaloult, Goulet, Ngo et Cousineau, 2008). Cette approche s'avère également utile pour les clientèles atteintes de trouble de la personnalité antisociale puisqu'elle peut, par exemple, aider ces individus à prendre conscience des pensées qui les habitent et des comportements qu'ils adoptent à la base de leurs difficultés à s'insérer, à s'adapter, à se maintenir en emploi et à interagir avec autrui (Van Den Bosch et al., 2018, Thylstrup et Hesse, 2016 ; McKendrick, Sullivan, Banks, et Sacks, 2006). En étant conscients de leurs pensées problématiques et des comportements qu'ils adoptent lorsque ces situations se présentent, ces individus seraient, selon les écrits recensés, plus en mesure d'effectuer une restructuration cognitive et d'ainsi modifier leurs comportements habituels qui leur sont nuisibles. De façon plus

spécifique à notre population, la thérapie cognitivo-comportementale s'avère pertinente pour travailler sur les schémas (p.ex. : « les autres sont là pour être dupés» (Cottraux et Blackburn, 2006, p.55)), les croyances (p.ex. : «les gens sont faits pour être exploités» (Ibid., p.66)) et les pensées dysfonctionnelles (p.ex. : « Je suis très habile, ils ne sauront jamais que je mens. », « Je suis en colère, il faut que je fasse quelque chose» (Ibid.)) retrouvés chez les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale. Il peut être adéquat d'utiliser la TCC afin de réduire les comportements agressifs chez ces clients ainsi que d'employer des stratégies cognitives et comportementales visant à développer l'empathie, la réciprocité, la sensibilité, le contrôle de soi, un attachement stable dans leurs relations, le sens de l'organisation, le partage ainsi que l'identification au groupe (Ibid.) afin d'influer positivement leur insertion et leur maintien en emploi.

#### 4. PERTINENCE ET OBJECTIFS DE L'ESSAI

L'ensemble des informations rapportées jusqu'à présent démontre la pertinence sociale et scientifique de se préoccuper de l'employabilité des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale. Au regard des concepts et théories présentés dans le présent chapitre, les objectifs spécifiques de cet essai sont de

1. Décrire des programmes de counseling de carrière groupal mobilisant la TCC s'adressant aux personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale ayant fait l'objet de recherches descriptives ou évaluatives.

2. Dégager les retombées et l'influence de la participation au programme de groupe impliquant la TCC sur l'insertion sociale et professionnelle auprès d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale.

### CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Ce présent chapitre a pour but de définir la méthodologie retenue qui nous permettra de répondre à notre question générale de recherche ainsi qu'à atteindre nos objectifs spécifiques. En ce sens, la méthodologie : « décrit l'ensemble des moyens susceptibles de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses » (Fortin et Gagnon, 2016, p.iv). Pour ce faire, nous effectuerons une recension systématique des écrits. Cette méthode de recherche « consiste à relever, dans les publications de recherche, les principales sources théoriques et empiriques qui rendent compte de ce qui est connu et inconnu sur un sujet de recherche en particulier » (Fortin et Gagnon, 2016, p.75). Une recension des écrits efficaces se divise en trois étapes, soit « 1) l'accès aux sources documentaires pertinentes au sujet de l'étude ; 2) le traitement de l'information ou la recension des écrits proprement dite et 3) la rédaction d'un texte sur les écrits recensés » (Fortin et Gagnon, 2016, p.74). Les différentes sections qui composent ce chapitre référeront à la procédure effectuée (étape 1) qui mènera aux résultats souhaités ainsi qu'aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre recherche. Nous expliciterons aussi les mots clés et banques de données dans lesquels notre recension systématique des écrits s'inscrira. Nous terminerons en décrivant notre méthode d'analyse (étape 2) et en soulevant l'aspect éthique de notre recherche. Le chapitre qui suivra celui-ci traitera des résultats et donc de l'étape 3 de la recension systématique des écrits.



## 1. RECENSION DES ÉCRITS

Selon notre analyse préliminaire des écrits, il n'existe aucune analyse systématique relative à notre objet de recherche et nous jugeons pertinent d'en effectuer une afin de documenter comment l'intervention en counseling de carrière groupal mobilisant la thérapie cognitivo-comportementale influence l'insertion sociale et professionnelle d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale. Une telle recension des écrits réfère à l'action d'inventorier et d'effectuer un examen critique des diverses publications qui portent sur un sujet de recherche prédéterminé (Fortin et Gagnon, 2016). Notre recension a pour but de produire des connaissances pour les personnes conseillères d'orientation : elle permettra de regrouper des programmes sur notre sujet ayant fait l'objet de recherches descriptives ou évaluatives. Ce qui suivra explicite en détail la procédure de la collecte de nos données.

## 2. LES CRITÈRES DE RECHERCHE

### 2.1. Critères d'inclusion

Premièrement, afin que nos résultats représentent la clientèle ciblée par notre question générale de recherche, nous sélectionnerons uniquement des articles traitant d'individus présentant un trouble de la personnalité antisociale diagnostiqué avec ou sans trouble concomitant et donc qui répondent aux critères du DSM-IV ou 5. De plus, nous choisirons des sources primaires et révisées par les pairs. Nous nous intéresserons en plus aux écrits traitant de la thérapie cognitivo-comportementale et donc des concepts qui s'y rattachent tels qu'annoncés dans le cadre de référence.

## 2.2 Critères d'exclusion

Nous ne tiendrons pas compte des recherches traitant de personnes délinquantes ou de psychopathes, bien que notre problématique fasse mention parfois de cette clientèle, puisque ceux-ci ne représentent pas de façon spécifique les individus atteints d'un trouble de la personnalité antisociale tel que décrit par l'APA (2015). De plus, afin de détenir des informations à jour relativement à notre objet de recherche, seuls les écrits datant de moins de 15 ans, soit 2003 et plus, seront retenus. Enfin, nous sélectionnerons les ouvrages rédigés en anglais et en français, en adéquation avec nos compétences linguistiques.

## 3. COLLECTE DES DONNÉES

Afin de collecter les données pertinentes visant à répondre à notre question générale de recherche, nous avons identifié les banques de données disponibles en ligne via *EBSCOhost* et *ProQuest Central* qui rejoignaient les domaines centraux de notre objet de recherche et avons ainsi sélectionné plusieurs bases pouvant nous être utiles dans le cadre de notre étude. La banque de données *Academic Search Complete*, une banque de données multidisciplinaire, *MedLine with full texte*, recensant des revues spécialisées dans le domaine biomédical et de la santé ainsi que *CINALH Plus with full text* ont aussi été retenues, cette dernière comprenant des textes intégraux provenant de revues de soins infirmiers et de soins connexes. *ERIC*, donnant accès à des sources en éducation ainsi que *PsychINFO*, représentant la plus grande des ressources consacrées à la littérature en sciences du comportement et en santé mentale ont aussi été conservées. *PsycARTICLES*, *PsycEXTRA*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Psychology Database*, *Social Science Database*, *Research Library: Health and Medecine*, *Research*

*Library : Social Sciences, Health & Medical Collection, Criminal and Justice Database, Public Health Data Base, Education Database, ERIC, Social Works Abstracts* ainsi que *SocIndex with full text* ont elles aussi été retenues pour faire partie intégrante de notre collecte de données en raison de leur lien étroit avec notre objet de recherche.

#### 4. LES MOTS CLÉS

Ayant choisi les diverses banques de données qui nous seront utiles, nous avons par la suite effectué une recherche avancée et croisée en tapant les mots clés relevant de notre cadre de recherche. Nous avons utilisé les termes « antisocial personality disorder », « trouble de la personnalité antisociale » et « group\* » en ajoutant une troncature à ce dernier afin d'avoir accès à l'ensemble des termes comprenant les expressions telles que « group therapy ou group counsel(l)ing », « vocational group counsel(l)ing », « vocational group guidance », « group intervention », « group vocational psychology », « group vocational intervention », « group career development », « group rehabilitation », « counseling de carrière groupal », « counseling de groupe », « thérapie de groupe ». Enfin, les termes « thérapie cognitivo-comportementale », « cognitive behavioral therapy », « cognitive behaviour therapy » et « cognitive behavior therapy » ont aussi été utilisés. Chacun de ces énoncés ont été retranscrits dans les des banques de données relevées ci-haut. De surcroît, les groupes de mots clés ont été insérés entre guillemets afin que les résultats obtenus tiennent compte de l'expression complète des termes, par exemple : « cognitive behavioral therapy ». Finalement, nous avons sélectionné le champ *Abstract* pour chacun de nos mots clés afin d'avoir accès à des articles pertinents où les concepts de notre recherche sont présents dès la lecture du résumé.

Devant l'absence de résultats auquel nous avons accès par le biais de ces mots clés, nous avons dû éliminer notre troisième groupe de mots clés, soit les termes « thérapie cognitivo-comportementale », « cognitive behavioral therapy », « cognitive behaviour therapy » et « cognitive behavior therapy ». Ainsi, nous avons remplacé ceux-ci par le terme « program\* », puisque notre question de recherche consistait principalement à décrire des programmes de counseling de carrière groupal basés sur la TCC s'adressant aux personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale ayant fait l'objet de recherches descriptives ou évaluatives. Afin de conserver l'aspect relatif à la thérapie cognitivo-comportementale, seuls les écrits traitant de programmes incluant des concepts relatifs à la TCC seront retenus.

#### **4.1 Opérateurs booléens**

Le tableau 1 présenté à la page suivante expose les différents mots clés utilisés ainsi que la façon dont ceux-ci seront croisés lors de notre recherche. La colonne de gauche sera croisée avec la colonne du centre et de droite à l'aide d'un opérateur booléen « et » et les termes d'une même colonne seront joints entre eux par l'opérateur « ou ». De ce fait, nous aurons accès uniquement à des sources comprenant au moins un mot de la colonne de gauche ainsi qu'un de la colonne du centre et de droite.

Tableau 1. *Combinaison des mots clés*

Mots clés de la colonne de gauche	Mots clés de la colonne du centre	Mots clés de la colonne de droite
« Antisocial personality disorder » ; « Trouble de la personnalité antisociale »	Group*	Program*

## 4.2 Références bibliographiques

Afin d'accéder à un maximum de résultats pertinents en lien avec notre objet de recherche, nous nous servons aussi des différentes références bibliographiques des textes obtenus par le biais de notre recherche afin de bonifier nos résultats et avoir accès à des écrits qui auraient été omis lors de notre procédure de collecte de données.

## 5. MÉTHODE D'ANALYSE

La procédure explicitée ci-haut nous a permis d'accéder à 62 résultats dans *EBSOhost* et *ProQuest Central* dont certains se recoupaient d'une banque de données à l'autre. Une analyse de leur pertinence en regard à nos objectifs de recherche a permis de retrancher 53 articles, lesquelles traitaient davantage de délinquance juvénile, des causes et des conséquences du trouble de la personnalité antisociale ou de troubles concomitants liés à ce dernier. Par exemple, l'étude de Disney, Kidorf, Kolodner, King, Peirce, Beilenson et Brooner (2006) traitait des effets de la comorbidité psychiatrique sur la prévalence des troubles liés à l'abus de substances plus particulièrement chez les utilisateurs de drogues injectables des hommes et des femmes inscrits à

un programme d'échanges de seringues. Dans un autre ordre d'idées, la recherche de Brook, Jung Yeon Lee, Rubenstone, Brook et Finch (2014) cherchait à déterminer si les trajectoires de consommations de substances influençaient la présence du trouble de la personnalité antisociale chez 816 participants urbains afro-américains et portoricains. Comme ces articles et 51 autres ne correspondaient pas à notre objet de recherche, nous avons conservé les 9 études qui respectaient nos critères d'inclusion et d'exclusion. Ces 9 études représentaient des programmes ayant fait l'objet d'évaluation et comprenaient les mots clés ou thèmes présents dans notre cadre de recherche. Les bibliographies de ces études ont été consultées pour vérifier si des articles pertinents auraient été omis dans notre sélection. Autant les résultats des articles quantitatifs que qualitatifs ont été analysés en fonction des principaux thèmes de notre cadre de recherche et de nos objectifs spécifiques. Ces résultats seront présentés au chapitre suivant.

## 6. ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

En ce qui concerne les préoccupations éthiques de notre recension systématique des écrits, bien qu'elle n'implique pas de collecte de données auprès de sujets humains, il demeure important de préciser que notre recherche porte sur des individus vulnérables. Ainsi, en tant que chercheuses, mais aussi travailleuses du domaine de la relation d'aide, nous sommes sensibles à ce type de population et ferons donc preuve de vigilance et de respect envers celle-ci lors de la présentation de nos résultats, afin de préserver leur dignité humaine et éviter de leur porter préjudice. Notre recherche reposera donc sur les trois principes directeurs relatifs à l'éthique en recherche, soit : le respect des personnes, la préoccupation pour leur bien-être ainsi que la justice (Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche, 2014).

## CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS

Le but de ce quatrième chapitre est de présenter les programmes retenus par le biais de la méthodologie élaborée ci-haut. Cette section servira entre autres à répondre à nos deux objectifs spécifiques, soit de décrire les programmes de counseling de carrière groupal TCC s'adressant aux personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale (objectif 1) et de dégager les retombées et l'influence de la participation au programme de groupe impliquant la TCC sur l'insertion sociale et professionnelle auprès d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale (objectif 2). Les programmes seront présentés en sous-sections selon leur visée : s'ils s'appliquent directement à la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale ou s'ils incluent celle-ci.

L'un des principaux résultats auxquels nous avons fait face dans notre recension des écrits est l'absence, depuis 2003, de recherche évaluant un programme de counseling de carrière auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale. Ainsi, les programmes qui seront présentés dans ce chapitre ne seront pas directement liés à la carrière ou à l'intégration socioprofessionnelle de cette clientèle. Cependant, les thèmes qui y sont couverts peuvent faciliter l'insertion ou le maintien en emploi de celle-ci, puisque ces programmes travaillent sur des dimensions (ex. : la gestion de la colère ou des relations interpersonnelles) spécifiquement vécues par les individus ayant un TPA. De plus, tel que constaté à l'intérieur de notre recension préliminaire des écrits, il semble que les programmes recensés fassent appel à la 2<sup>e</sup> vague de la thérapie cognitivo-comportementale, cette dernière misant sur la modification des cognitions

(pensées, schémas, croyances) qui influencent les comportements des individus telle que décrite à l'intérieur de notre cadre de recherche.

## 1. DESCRIPTION DES PROGRAMMES DE COUNSELING GROUPAL TCC

### 1.1 Programmes s'adressant spécifiquement à la clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale

Le programme Aggression Control Therapy (ACT) (Hornsveld, 2004a) fût le premier recensé, ce dernier étant un traitement mis en place aux Pays-Bas pour les patients de psychiatrie légale violente présentant un trouble du comportement ou un trouble de la personnalité antisociale. Les exercices retrouvés dans ce programme représentent des modules de gestion de la colère, d'aptitudes sociales, de raisonnement moral et d'autorégulation, lesquels réfèrent directement aux cognitions et aux comportements retrouvés dans la thérapie cognitive et comportementale tels que décrits dans notre cadre. L'Aggression Control Therapy comporte 15 réunions de groupe de 5 à 8 participants s'échelonnant sur 15 semaines et trois réunions de suivi d'une durée de 90 minutes toutes les cinq semaines. L'échantillon auquel se sont intéressés Hornsveld, Nijman et Kraaimaat (2008) comportait 136 patients hospitalisés âgés en moyenne de 33,4 ans et donc 37,5 % appartenaient à une minorité visible ainsi qu'à 200 patients en ambulatoires âgés en moyenne de 23,4 ans dont 53,8 % appartenaient à une minorité visible présentant un trouble de la personnalité antisociale. Les données pré et post traitement furent disponibles pour 92 patients en ambulatoire (86 pour le groupe contrôle) et pour 89 patients hospitalisés (38 pour le groupe contrôle). Les outils de mesure ayant permis l'évaluation du programme pré-traitement et post-traitement furent une étude de dossier combinée à un entretien



structuré et à la passation de la liste de contrôle de la psychopathie- révisée (PCL-R) (Hare, 1991, *version néerlandaise : Vertommen, Verheul, De Ruiter, et Hildebrand, 2002*). Les questionnaires auto rapportés furent le NEO Five-Factor Inventory (Costa et McCrae; *version néerlandaise : Hoekstra, Ormel, et De Fruyt, 1996*) permettant de mesurer les cinq traits du Big Five et le *Zelf-Analyse Vragenlijst* (van der Ploeg, Defares, et Spielberger, 1982) afin de déterminer la disposition à la colère. En tout, quatre questionnaires auto rapportés furent utilisés pour identifier les comportements agressifs et sociaux, soit *l'Attributie Vragenlijst* (Hornsveld, Nijman et Kraaimaat, 2002), le *Agressie Vragenlijst* (Meesters, Muris, Bosma, Schouten, et Beuving, 1996), le Novaco Anger Scale (Novaco, 1994) ainsi que *l'Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (van Dam-Baggen et Kraaimaat, 2000). L'OSAB (échelle de comportement agressif) (Hornsveld, Nijman, Hollin, et Kraaimaat, s.d.) fut aussi été utilisé par les intervenants la semaine précédant le début du programme. Enfin, les participants furent comparés à un groupe de référence (âgés entre 16 et 80 ans) afin d'évaluer leurs compétences sociales par le biais de l'Inventory of Interpersonal Situations (IOI) (van Dam-Baggen et Kraaimaat, 2000). Les hypothèses des auteurs étaient que l'Agression Control Therapy réduirait les comportements agressifs, mais ne modifierait pas de manière significative l'anxiété sociale et les compétences sociales.

Le programme ILC (Impulsive Lifestyle Counselling), testé auprès de 176 patients diagnostiqués avec un trouble de la personnalité antisociale dans des centres de traitement liés à une toxicomanie (Thylstrup, Schroder et Hesse, 2015), fût aussi retenu pour composer notre recension. Ce programme, à visée éducative, fut spécialement conçu pour les individus atteints de trouble de la personnalité antisociale (Thylstrup et Hesse, 2011). À l'intérieur de l'étude à

laquelle nous nous sommes intéressées, les participants furent divisés en deux groupes soit un subissant le traitement habituel (TAU) (N= 80) et un profitant du traitement habituel (TAU) plus le programme psychoéducatif ILC (N= 96). Le traitement habituel (TAU) consistait en un accès au traitement par substitution aux opioïdes si besoin ; un accompagnement psychosocial sous forme de travail social (p.ex. : conseils ou orientation vers des résidences de réhabilitation) et un suivi psychiatrique pour diagnostic et traitement d'autres affections psychiatriques. L'ILC, quant à lui, référait spécifiquement à la thérapie cognitivo-comportementale et à ses concepts (pensées, croyances et comportements). Il comportait 6 séances traitant chacun de thèmes particuliers. La séance 1 avait comme visé la présentation de l'objectif initial du programme et l'identification des pensées et des comportements liés au trouble de la personnalité antisociale. La séance 2 était basée sur une version adaptée du modèle Antécédents-Croyances-Conséquences de la thérapie rationnelle-émotive qui relie les comportements impulsifs des participants aux conséquences immédiates de ces derniers. La séance 3 traitait de l'impulsivité et des comportements destructeurs ainsi que la façon dont ceux-ci sont liés à des croyances liées au trouble. La quatrième séance était basée sur le concept de valeur. Elle avait pour but de mettre en lumière celles qui peuvent aider ou empêcher le patient de changer de mode de vie. La rencontre 5 se concentrait sur les réseaux sociaux et sur la façon dont ceux-ci peuvent influencer le style de vie des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale. Finalement, à l'intérieur de la rencontre 6, les personnes participantes étaient invitées à aborder les sujets ayant été les plus significatifs pour elles et à partager les actions qu'elles comptaient mettre en place pour changer leurs comportements.

Les éléments qui ont permis l'évaluation des retombées de ce programme furent le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Lecrubier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Sheehan, et al., 1997 ; Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Janavs, Weiller, Keskiner, et al., 1997) pour déterminer si les individus répondaient bien aux critères du TPA, l'Addiction Severity Index (ASI) (Rikoon, Cacciola, Carise, Alterman, McLellan, 2006) pour mesurer l'utilisation de substances psychoactives, le Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) (Diamond et Magaletta, 2006) pour mesurer le niveau d'agressivité en général ainsi que le Self-Report of Aggression and Social Behavior Measure (SRASBM) (Faul, Erdfelder Lang, Buchner, 2007) pour évaluer l'agressivité interpersonnelle. Ces mesures d'évaluation furent effectuées lors des entretiens de suivi à 3 et 9 mois après les traitements par des cliniciens n'ayant pas participé aux groupes.

Notre prochaine étude traite du programme Enhanced Thinking Skills (ETS). Ce dernier, misant sur les concepts relatifs à la thérapie cognitivo-comportementale tels que les émotions, pensées et comportements, a démontré son efficacité dans la réduction de la récidive chez les prisonniers (Doyle, Khanna, Lennox, Shaw, Hayes, Taylor, Roberts et Dolan, 2013). Les chercheurs Doyle, et al. (2013) se sont intéressés à l'application de l'ETS auprès d'une clientèle détenue présentant un trouble de la personnalité antisociale. Ainsi, le programme ETS, misant sur la maîtrise des impulsions, la flexibilité des pensées, le raisonnement général et moral et la résolution de problèmes interpersonnels, fût appliqué à 126 détenus de sexe masculin âgés entre 26 et 28 ans ayant des signes évidents de traits identifiés comme étant un diagnostic du trouble de la personnalité antisociale suite à la passation de l'APQ. Parmi ces participants, 70 bénéficiaient de l'intervention prévue par l'ETS et 56 constituaient le groupe témoin. Les outils

de mesure tels que L'APQ : questionnaire sur la personnalité antisociale (Blackburn et Fawcett, 1999), l'échelle de colère de Novaco (Novaco, 2003) ainsi que l'inventaire de résolution de problèmes sociaux : version abrégée (D'Zurilla et al., 2000) furent ainsi administrés avant et après le traitement afin d'évaluer les retombées du programme sur le groupe ayant subi l'intervention en comparaison au groupe contrôle bénéficiant du traitement habituel. Les mesures ayant été utilisées uniquement avant les traitements sont les suivantes : le BPRS (Overall et Gorman, 1962) afin de dépister les symptômes d'exclusion relatifs à une psychose ou à des troubles de l'humeur ; le SCID-II (First et al., 1997) pour évaluer les critères du trouble de la personnalité ; le GAF comme évaluation du fonctionnement psychologique, social et professionnel des participants (American Psychiatric Association, 1994) et l'OGRS-2 (Copas et Marshall, 1998) afin de juger du risque de récurrence. L'ETS s'échelonnait sur 20 séances de groupe d'une durée de 120 à 150 minutes chacune sur une période de 5 semaines.

## **1.2 Programmes incluant la clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale**

L'étude subséquente à laquelle nous nous sommes attardées est la comparaison du traitement en communauté thérapeutique modifié (*Modified Therapeutic Community* (MTC)) et en santé mentale (Mental Health (MH)) appliquée à une clientèle présentant un trouble de la personnalité antisociale (McKendrick, Sullivan, Banks et Sacks, 2006). Le programme MTC, basé sur la thérapie cognitivo-comportementale, vise à réduire l'intensité des interactions interpersonnelles, utilise les pairs comme agent de guérison et mise sur l'entraide mutuelle. Il fut conçu à la base pour répondre aux besoins des individus présentant des troubles mentaux

concomitants et se spécialisait dans le changement des attitudes, comportements et mode de vie dans trois domaines spécifiques soit la consommation de substance, la maladie mentale ainsi que les comportements et pensées criminels. Il comporte des cours psychoéducatifs, la prise de médicaments, des interventions thérapeutiques spécifiques pour chaque client comme des groupes de résolution de conflits. Le programme MH est quant à lui basé sur la thérapie cognitivo-comportementale et comprend la prise de médicaments, des thérapies individuelles et la participation à des groupes spécialisés. Il traite de sujets tels que la gestion de la colère, la violence domestique, la parentalité et comprend des traitements hebdomadaires de la toxicomanie basés sur la prévention de la rechute. Dans l'étude de McKendrick, Sullivan, Banks et Sacks, 2006, les chercheurs se sont intéressés à un échantillon de 139 détenus (75 dans le groupe MTC et 64 dans le groupe MH) dont 69 présentaient un trouble de la personnalité antisociale. Sur ces 69 participants, 97 % présentaient un trouble relié à l'abus de substances, 96 % avaient été arrêtés dans les derniers six mois pour crimes relatifs à la drogue ou à l'alcool et 72,5 % présentaient un autre trouble mental grave en concomitance avec leur TPA. Les deux programmes (MTC ou MH) auxquels les participants étaient attirés duraient de 4 à 5 heures par jour, cinq jours par semaine pendant 6 à 12 mois. Ce programme s'avère beaucoup plus intensif en termes d'investissement de temps que tout autre composant notre recension des écrits.

Les outils ayant permis d'évaluer les retombées des programmes sont deux mesures permettant d'évaluer les deux domaines de la criminalité et de la toxicomanie. Ainsi, les participants ont été invités à répondre à une auto-évaluation des mesures de la criminalité et de la consommation de substances par le biais d'une entrevue basée sur le *CTCR protocol* (le Centre de Recherche sur la Communauté Thérapeutique) (Center for Therapeutic Community Research,

1992). De plus, des informations sur l’incarcération des détenus ont été recueillies par le biais du Département des dossiers de correction du Colorado. Les participants ont aussi été soumis à un questionnaire évaluant les impacts de leur consommation de substances sur leur santé physique, sur les relations avec leur famille et leurs amis, sur leur attitude générale et leur santé émotionnelle, sur leur concentration, sur leur emploi ainsi que sur leurs finances. L’étude ne précise pas si le questionnaire fut créé par l’équipe de personnes chercheuses ou s’il était déjà existant. Toutes les mesures ont été utilisées avant le début du traitement ainsi que 12 mois post-prison.

Le prochain programme composant notre recension des écrits est le STAIR (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation) (Cloitre, Koenen, Cohen et Han, 2002). Ce dernier, dérivant d’interventions cognitivo-comportementale et dialectique-comportementale (Linehan, 1993), fût adapté aux différentes clientèles auprès desquelles il a été testé. Dans l’étude que nous avons sélectionnée, ce programme fût expérimenté auprès de 85 patients présentant des troubles mentaux graves et des antécédents d’agression, de récidivisme de crime ou les deux dans des centres de traitements hospitaliers, dont 40 % d’entre eux présentant un trouble de la personnalité antisociale (Kunz, Yates, Czobor, Rabinowitz, Lindenmayer et Volavka, 2004). L’échantillon était donc composé de 9 femmes et 76 hommes d’origine noire (72 %), hispanique (14 %) et blanche (13 %) dont la plupart était en psychose au moment de la passation du Hare Psychopathy Checklist : Screening Version (80 %), présentait un trouble de l’humeur (17 %) et un trouble relié à l’abus de substances (68 %).

Le STAIR est un programme de compétences cognitives établi sur une structure de récompense comportementale. Il comprend le développement des six compétences cognitives suivantes : la résolution de problèmes ; la pensée créatrice ; la valorisation des valeurs ; les aptitudes sociales ; le raisonnement critique et la gestion des émotions. Chaque compétence est enseignée sur une série de 3 à 10 séances par compétence dans des sessions de 45 minutes en petits groupes deux fois par semaine durant 72 sessions. Afin d'analyser les données, des rapports mensuels ont été obtenus pour chaque patient STAIR qui avait été libéré dans la communauté. Ces données comprenaient des informations telles que l'observance du traitement ambulatoire ; c'est-à-dire l'assiduité aux rendez-vous médicaux, thérapeutiques et de suivi, la consommation de substances psychoactives et les réadmissions psychiatriques, les arrestations après la sortie et les comportements violents. Par le biais de ces données, les chercheurs ont divisé les participants dans les catégories suivantes : stable, réhospitalisé et réarrêté. Ces catégories ont par la suite permis d'effectuer des comparaisons post-hoc. De plus, une batterie de tests psychologiques fut administrée à tous les individus entrant dans le programme STAIR. Les données sur le fonctionnement intellectuel furent recueillies par le biais du Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised (WAIS-R) (Wechsler, 1981) ou le Beta-II (Kellog et Morton, 1974) pour 66 participants. Les données sur la psychopathie, recueillies par le biais du Hare Psychopathy Checklist : Screening Version (PCL : SV) (Hart, Cox et Hare, 1995), furent disponibles pour 75 patients.

Un autre programme ayant démontré sa pertinence au regard de notre objet de recherche s'intéresse à la combinaison de traitements auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité antisociale en concomitance avec un trouble relié à l'abus de substance et plus

spécifiquement à la cocaïne (Messina, Farabee et Rawson, 2003). Les auteurs de cette étude recensée ont ainsi élaboré quatre formes de traitements différents auprès de 108 participants volontaires, dont 48 présentant un diagnostic de la personnalité antisociale profitant de traitements de narcotiques. Ces 108 individus furent divisés en quatre groupes afin de pouvoir constater l'efficacité des différentes activités proposées par chacun des quatre traitements. Afin d'être éligible à l'étude, les participants devaient répondre à certains critères notamment : 1- avoir déjà été soumis à des traitements à la méthadone ; 2- respecter les critères du DSM-5 pour la consommation de cocaïne et 3- tester positif au dépistage de la cocaïne (test d'urine) au cours du mois précédent l'inscription à l'étude.

Le groupe 1 bénéficiait d'activités basées sur une approche cognitive et comportementale et plus particulièrement sur le principe de l'apprentissage social. Les rencontres s'échelonnaient sur 48 sessions de groupe à raison de 3 par semaine durant 16 semaines. Les exercices de ce groupe comportaient plus spécifiquement en la discussion de sujets entre pairs et le renforcement de comportements prosociaux relié à la consommation (p.ex. : aucune utilisation de substances ou moins d'utilisation). À la suite de chaque séance, tous les membres étaient invités à élaborer un plan où ils décrivaient certains comportements qu'ils souhaitaient développer pour la prochaine séance. Si ces derniers réussissaient, ils recevaient des éloges de la part de leurs pairs et de l'intervenant. Le groupe 2 quant à lui, bénéficiait d'une approche basée sur le conditionnement opérant. Dans ce groupe, les intervenants remettaient des bons ou coupons monnayables aux participants qui testaient négativement à la consommation de cocaïne lors des prélèvements d'échantillons d'urine. Les participants de ce groupe devaient ainsi fournir trois échantillons d'urine par semaine durant 16 semaines et avoir un entretien de deux à cinq minutes



avec le technicien. Durant ces brefs entretiens, quatre sujets étaient abordés, soit l'examen des résultats au test d'urine, la remise du bon si acquis, les modalités d'utilisation du bon ainsi que la livraison des objets gagnés lors de l'utilisation des coupons. Par ailleurs, aucun participant n'était réprimandé ou puni lors du dépistage positif à la consommation de cocaïne. Le groupe 3 bénéficiait à la fois des services du groupe 1 et du groupe 2. Les participants composant le groupe 4 n'avaient comme traitement qu'un soutien à la méthadone durant 16 semaines. Tous les groupes profitaient d'ailleurs de ce soutien à la méthadone à dose différente. Le groupe 1 recevait 72 mg de méthadone, le groupe 2 en obtenait 62 mg, le groupe 3, 68 mg et le groupe 4, 71 mg. Le seul outil de mesure de cette étude était les tests de dépistage urinaire. Les auteurs cherchaient d'ailleurs à recueillir des informations sur les traitements les plus efficaces contre la consommation de cocaïne chez les participants présentant un trouble de la personnalité antisociale.

La prochaine étude qui a retenu notre attention au regard de notre objet de recherche est celle d'Easton, Oberleitner, Scott, Crowley, Babuscio et Carroll (2012) et concerne davantage le traitement des substances. Les auteurs se sont intéressés à la combinaison de traitements auprès de 136 jeunes adultes âgés en moyenne de 21 ans, dépendants à la marijuana dans un centre de traitement ambulatoire de l'unité de traitement des substances psychoactives dont 60 étaient diagnostiqués avec un trouble de la personnalité antisociale. Parmi ceux-ci, tous étaient impliqués dans le système de justice pénale. L'échantillon était composé de 77 participants d'origine afro-américaine, 18 d'origine hispanique et 30 d'origine blanche. La majorité était sans emploi (N=110) et consommait de l'alcool (N=131), de la marijuana (N=131) et de la cocaïne (N=93). Easton et al. (2012) cherchaient à savoir si les patients avec un trouble de la personnalité

antisociale différaient en termes de gravité de la consommation de substances comparativement aux individus ne présentant pas ce trouble. Ils s'intéressaient aussi à leur niveau de motivation pour le changement et à la consommation de substances chez ces patients lors du suivi de six mois.

Ce programme combine à la fois des rencontres individuelles et groupales. À l'intérieur de celui-ci, les participants étaient soumis à l'un ou autres de ces quatre traitements : le Motivational Enhancement /Skills Training (MET/CBT) : traitement thérapeutique individuel basé sur des techniques cognitivo-comportementales et sur la formation aux compétences liées à la compréhension des schémas de consommation de substances et de stratégies pour reconnaître et gérer les besoins ; le Contingency Management (CM) : basé sur des remises de bons d'argent lors de test d'urine négatif à la consommation de marijuana ; l'Individual Drug Counseling (DC) : basé sur l'insistance à l'abstinence grâce à l'utilisation des groupes d'entraide et de l'approche en 12 étapes. Le détail quant à la dispensation des traitements se retrouve en annexe B dans le tableau comparatif des programmes recensés.

Afin d'évaluer les impacts de ces différents traitements sur les participants, différents outils de mesure furent utilisés notamment des dépistages hebdomadaires d'analyse d'urine ainsi que des auto-rapports de consommation de substances recueillis par le biais de la méthode *TimeLine Followback* (Sobell, L.C., et Sobell, M.B., 1992), un outil permettant aux participants d'estimer la consommation de substances psychoactives des participants. Le SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) (First, Spitzer, Gibbon, et Williams, 1995) a quant à lui permis d'évaluer la présence du trouble de la personnalité antisociale chez les participants de l'étude.

L'échelle de socialisation psychologique de la Californie (CPI-So) (Gough, 1987) a permis quant à elle à évaluer la gravité du trouble de la personnalité antisociale. Enfin, le fonctionnement psychosocial fut évalué par l'indice de gravité de la toxicomanie (ASI) (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinatti, et Argeriou, 1992).

Le programme suivant ayant été retenu dans notre étude se nomme le STEPPS program (System Training for Emotional Predictability and Problem Solving), ce dernier adhérant aux concepts de la thérapie cognitivo-comportementale en comportant notamment des activités visant à identifier les pensées et croyances des individus qui ont un impact sur leurs émotions et leurs comportements. Originellement développé par Bartels et Crotty (1992) et adapté par Blum, Bartels, St-John et Pfohl (2002), le STEPPS est un programme de groupe qui fut conçu spécialement pour les individus atteints d'un trouble de la personnalité limite (TPL). Son application auprès de cette clientèle s'est avérée efficace en réduisant notamment les symptômes dépressifs et les affects négatifs (Black, Simsek, Blum, McCormick et Allen, 2016). De même, certaines études ont démontré que le STEPPS semblait réduire les infractions disciplinaires dans les milieux carcéraux (Black, Blum, McCormick et Allen, 2013 ; Harvey, Black et Blum, 2010). Ainsi, les auteurs Black, Simsek, Blum, McCormick et Allen (2016) se sont intéressés à son application auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité limite (TPL) en concomitance avec un trouble de la personnalité antisociale (TPA) dans le but d'observer si des améliorations cliniquement similaires étaient obtenues dans les deux groupes testés (TPL seulement et TPL + TPA). Cette recherche se divisait en deux études. À l'intérieur de l'étude 1, 65 participants âgés en moyenne de 31,4 ans, dont 49 diagnostiqués avec un trouble de la personnalité limite et 16 avec un trouble de la personnalité limite en concomitance avec un

trouble de la personnalité antisociale, ont reçu le STEPPS plus le traitement comme à l'habitude. L'échantillon de cette étude était composé de 52 femmes et de 13 hommes d'origine caucasienne (N=62), afro-américaine (N=1) ou autre (N=2). Dans l'étude 2, 64 sujets âgés en moyenne de 30,9 ans dont 55 incarcérés et 9 en milieu communautaire (20 diagnostiqués avec un trouble de la personnalité limite et 44 avec un trouble de la personnalité limite en concomitance avec un trouble de la personnalité antisociale) ont participé au STEPPS. Parmi ceux-ci, la majorité était d'origine caucasienne (N=57) et les autres d'origine afro-américaine (N=5) ou autre (N=2). La plupart n'avaient jamais été mariés (N=28) ou étaient divorcés (N=20) et étaient en emploi (N=27) ou sans emploi (N=19). Enfin, 45 participants étaient en dépression, avaient des troubles bipolaires (N=16), des troubles anxieux (N=15) ou un trouble lié à l'abus de substances (N=17). Chacun des groupes était divisé en petit-groupe de 6 à 10 participants. Les groupes avaient lieu à raison d'une rencontre de deux heures par semaines pendant 20 séances. Des rencontres de suivi avaient aussi lieu deux fois par mois durant un an. Ce programme couvrait trois thèmes principaux soit la 1) la psychoéducation sur le trouble de la personnalité limite, qui comporte quelques informations de base sur le trouble de la personnalité limite, 2) l'enseignement des compétences de modulation des émotions et 3) l'enseignement des compétences de gestion des comportements. À l'intérieur de l'étude 1, les outils de mesure utilisés afin d'évaluer les retombées du programme étaient deux indices de gravité globale : le Clinical Global Impression severity scale (CGI) (Guy, 1976) et le Global Assessment Scale (GAS) (Endicott, Spitzer, Fleiss et Cohen, 1976). Les symptômes dépressifs furent évalués par le Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1978) et ceux de l'impulsivité par le Barratt Impulsiveness Scale (BIS) (Barratt, 1959). La gravité globale du trouble de la personnalité limite fût quant à elle évaluée par le

Zanarini Rating Scale for Boderline Personality Disorder (ZAN-BDP) (Zanarini, 2003) et le Boderline Evaluation of Severity Over Time (BEST) (Pfohl et al., 1997). Dans l'étude 2, les outils utilisés furent le (BEST) (Ibid.), le Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson et Clark, 1999) et le BDI (Beck, 1978).

L'étude de Shaw et Edelman (2017) représente notre dernière recherche retenue par le biais de notre méthodologie. Ces auteurs se sont intéressés à la relation entre les troubles de la personnalité, l'état de préparation et le non-achèvement d'un traitement dans un échantillon de délinquants participant à des séances de compétences cognitives communautaires et à des programmes de comportements délictueux. Le recrutement des participants s'est donc effectué lors des réunions préalables à la participation aux trois programmes suivants : le programme Thinking Skills (TSP), un programme comprenant des interventions en matière de compétences cognitives (c.-à-d. des interventions visant à remédier aux pensées inappropriées reliées à la délinquance) d'une durée de 15 sessions, le programme Aggression Replacement Training (ART), d'une durée de 18 séances et spécialement conçu pour les délinquants violents ainsi que le programme de lutte accélérée contre la violence familiale (IDAP-A), comprenant 22 séances d'intervention en matière de violence domestique. Ainsi, au total 186 hommes âgés en moyenne de 30,7 ans en communauté de probation dont 25,7 % présentaient un trouble de la personnalité antisociale ont été retenus pour faire partie de l'étude. L'échantillon comprenait 102 délinquants blancs, 46 délinquants noirs, 11 délinquants asiatiques et 17 métis dont la majorité avait été condamnée suite à des infractions reliées à de la violence interpersonnelle. Parmi ces participants, 56 participaient au TSP, 24 à l'ART et 106 à l'IDAP-A. L'état de la préparation au traitement a été évalué par le biais du CVTRQ (Corrections Victoria Treatment Readiness

Questionnaire) (Casey, Day, Howells, et Ward, 2007), une échelle d'autodéclaration permettant de dépister l'état de préparation des délinquants avant leur entrée en traitement. Par ailleurs, l'évaluation des délinquants s'est effectuée par le biais de l'OASY (Home Office, 2002), principal outil de gestion des risques ayant un lien avec la récidive. Il prédit notamment la délinquance et la violence.

## 2. RETOMBÉES ET INFLUENCE DES PROGRAMMES SUR LES INDIVIDUS ATTEINTS DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Les études de Messina et al. (2003) et celle d'Easton et al. (2012) ont démontré l'efficacité de l'application du conditionnement opérant (TCC 1ère vague) auprès de la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale. D'ailleurs, les résultats de ces études ont démontré que le renforcement positif au moyen d'argent engendrait des résultats significatifs auprès de cette clientèle, puisque plus de la moitié (58 %) des patients ayant un TPA dans le Contingency Management (CM) avaient des résultats négatifs aux tests urinaires à chaque période de suivi (Messina et al. 2003). De même, la recherche d'Easton et al. (2012) a mis en lumière que les participants qui recevaient des coupons ont davantage assisté aux séances prévues par le programme. Il semblerait donc que la méthode du conditionnement opérant pourrait apporter des bénéfices auprès de cette clientèle.

Pour ce qui est de la réduction des comportements agressifs, les études de Black et al., (2016), Hornsveld et al., (2008), Doyle et al., (2013) et Thylstrup et al., (2015) ont démontré l'efficacité de leur programme chez la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale en réduisant de manière significative leur impulsivité et leur agressivité. Par exemple,

le programme ILC (Thylstrup et al., 2015) semble avoir réduit leur agressivité en général (BPAQ) 9 mois après le programme avec un effet de grande taille ( $SMD = 0.76$ ,  $p < 0.001$ ). Le groupe ayant participé à l'ILC semble aussi avoir réduit significativement l'agression interpersonnelle (SRASBM) des personnes participantes, mais la taille de l'effet demeure petite après 3 mois ( $SMD = 0.57$ ,  $p < 0.001$ )<sup>9</sup> et 9 mois de suivi ( $SMD = 0.72$ ,  $p < 0.01$ )<sup>10</sup>. Par ailleurs, le groupe suivant le traitement habituel (TAU) a aussi démontré les mêmes bienfaits avec une taille de l'effet moyenne après 3 mois ( $SMD = 0.57$ ,  $p < 0.001$ ) et 9 mois de suivi ( $SMD = 0.61$ ,  $p < 0.001$ ). Dans le programme ETS (Doyle, et al., 2013), les groupes ayant bénéficié des interventions relatives à ce dernier ont démontré des scores significativement plus faibles en T2 (post-traitement) au NAS, ce qui suggère que l'ETS pourrait avoir un effet bénéfique sur la régulation de la colère. De même, les groupes ayant participé à l'ETS ont obtenu une amélioration significative aux facteurs élevés d'impulsivité et de consommation de substances. Une amélioration significative a aussi été remarquée aux sous-échelles suivantes : maîtrise de soi, évitement, suspicion paranoïaque, ressentiment, agression et déviance. Dans l'Agression Control Therapy (Hornsveld et al., 2008), les individus ayant reçu le traitement ont signalé moins d'hostilité et un comportement moins agressif lors de l'évaluation de suivi que le groupe contrôle. Dans le STEPPS (Black et al., 2016), des différences significatives pour l'impulsivité (ZAN-BPD et BIS) ont été constatées chez les individus présentant un trouble de la personnalité antisociale, ce qui suggère qu'après avoir bénéficié de ce traitement, les individus aux prises avec un TPL et un TPA signalaient moins d'impulsivité.

<sup>9</sup> Dans cet article, les auteurs définissent cette taille de l'effet comme petite. Toutefois, en se basant sur Cohen (1988), l'effet serait ici de moyenne taille. En effet, Cohen (1988) qualifie de petite taille un effet de 0,2, de moyenne taille un effet de 0,5 et de grande taille un effet de 0,8.

<sup>10</sup> Idem avec effet de grande taille.

En ce qui a trait au développement de compétences sociales, Hornsveld et al., (2008) et Doyle et al., (2013) ont obtenu des résultats différents pour cet aspect. D'ailleurs, il semblerait que les groupes ayant participé à l'ETS (Doyle et al., 2013) aient obtenu une amélioration significative du score SPSI, ce qui suggère que ce programme pourrait être efficace afin d'améliorer les compétences en résolution de problèmes sociaux, ce qui n'est pas le cas de l'Aggression Control Therapy (ACT) (Hornsveld et al., 2008). D'ailleurs, ce programme réduirait le comportement agressif auprès de cette population, mais n'augmenterait pas les compétences sociales et n'influencerait pas l'anxiété sociale.

En ce qui concerne la consommation de substances, Messina et al., (2003), McKendrick et al., (2006), Doyle et al., (2013), Thylstrup et al., (2015) ont démontré l'efficacité de leur programme dans la réduction de la consommation de substances psychoactives et suggèrent que ces troubles auraient avantage à être traités en concomitance, puisqu'ils rendent les individus ayant un TPA plus sensibles au traitement proposé. Par exemple, Messina et al., (2003) ont découvert que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale sont plus susceptibles de s'abstenir de consommer. De meilleurs résultats au CM qu'à la CBT seule ont été constatés auprès de la clientèle ayant un TPA, ce qui suggère l'efficacité du renforcement positif par coupons monnayables. Les patients aux prises avec un TPA dans les conditions CBT+ CM ont montré une augmentation de l'abstinence au cours des trois mois de suivi dépassant le nombre de patients ayant uniquement participé au CM à la semaine 52. Les patients ayant uniquement reçu le traitement MM (uniquement de la méthadone) ont vu leur taux d'abstinence diminué après chaque période de suivi. Par ailleurs, les clients n'étant pas aux prises avec un TPA ayant participé au CBT ont démontré un taux d'abstinence plus élevé après chaque période de suivi



que les personnes ayant un TPA. Les individus ayant participé au CM étaient moins susceptibles d'être abstinentes à la 52e semaine que ceux qui avaient effectué seulement le CBT. Enfin, 40 % des personnes participant au traitement CBT+CM ayant un trouble de la personnalité antisociale, lors des périodes de suivi, testaient négatif à la consommation de cocaïne contre 31 % pour le traitement CBT uniquement. Aucun membre du groupe MM n'avait trois résultats consécutifs d'urine sans cocaïne. Pour ce qui est de l'étude de McKendrick et al., (2006), des résultats positifs liés à une diminution significative de la toxicomanie pour les individus présentant un TPA dans le MTC ont été constatés. De surcroît, Thylstrup et al., (2015) ont prouvé que l'ILC augmente le taux d'efficacité du traitement de la toxicomanie. Easton et al., (2012) ont cependant obtenu des résultats différents. Ils n'ont constaté aucune différence significative par rapport au taux d'abstinence dans les différents groupes de traitement. Par contre, des analyses secondaires ont démontré une amélioration globale des personnes présentant un TPA entre et avant le traitement, quelle que soit la modalité du groupe. Ces améliorations étaient constatables auprès de leur statut juridique, psychiatrique, familial et de leur consommation de marijuana. Enfin, en ce qui concerne les taux de récidives, de réincarcérations et de réhospitalisations, Kunz et al., (2004), McKendrick et al., (2006), Easton et al., (2012) ont démontré des résultats variés sur ces aspects. À la suite de la participation au STAIR (Kunz et al., 2004), soit après 33 mois à 4 ans dans la communauté, 39 % des patients sont demeurés stables (pas de réhospitalisation ni d'arrestation), 41 % ont été réhospitalisés à un moment après leurs sorties, 69 % ont été réadmis pour des séjours de courtes durées et 11 % dans des traitements de longues durées. De plus, 17 % furent réarrêtés dont 29 % pour des crimes violents. Les autres 71 % (du 17%) furent arrêtés pour des infractions mineures telles que celles reliées à la drogue. Enfin, les individus ayant obtenu

des scores élevés de psychopathie appartenaient la plupart du temps au groupe ayant été réhospitalisé ou réincarcéré (réarrêté). Dans l'étude de McKendrick et al., (2006), il a été démontré que 12 mois après leur libération, les participants ayant participé soit au MTC ou MH ont obtenu des effets positifs qu'ils présentent un TPA ou non. Les résultats démontrent aussi que les participants du groupe ayant profité des traitements du MTC avec un TPA ont été davantage réincarcérés. Enfin, Easton et al., (2012) ont découvert qu'après les groupes, les individus ayant un TPA ont eu davantage d'arrestations que les ceux qui n'avaient pas de TPA, et ce, peu importe le traitement qu'ils recevaient.

En somme, fait non négligeable, les résultats de l'étude de Shaw et Edelman (2017) démontrent que lorsque combiné en un seul groupe de non-finissants au programme, le taux de non-achèvement des séances étaient associés de manière significative à la présence de personnes aux prises avec un TPA. D'autant plus, les individus présentant un TPA ont démontré une préparation interne moindre avant le programme. En effet, au CVTRQ, les individus présentant un TPA ont obtenu un score global significativement négatif, ce qui suggère que ceux-ci ne se croient pas motivés à changer, qu'ils ne s'estiment pas responsables de leurs actes et qu'ils font preuve de réactions émotionnelles offensantes pour les autres. De plus, à la sous-échelle d'efficacité, mesurant la capacité perçue des participants à changer, les individus ayant un TPA ont obtenu une corrélation significative négative, ce qui suppose qu'ils ne sont potentiellement pas prêts à changer.

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Ce cinquième chapitre a pour objectif de présenter les principaux constats issus des résultats obtenus au chapitre précédent. Les éléments pertinents relatifs à nos objectifs spécifiques de recherche seront présentés suivis des recommandations en vue de l'implantation de futurs programmes pour cette clientèle. Les limites de cette étude termineront ce chapitre.

Tout d'abord, il semble que les études recensées ne démontrent pas concrètement comment le groupe a pu influencer les comportements ou pensées des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale. Les recherches se sont intéressées davantage aux répercussions des programmes pré et post test sans nécessairement mettre en lumière ce qui dans l'activité des groupes, contribue à l'efficacité de ces derniers. Par ailleurs, les résultats obtenus par le biais de l'application des programmes basés sur une approche cognitivo-comportementale auprès de la clientèle ayant un TPA suggèrent que ceux-ci améliorent significativement certains symptômes présents chez cette clientèle, que ce soit la consommation de substances, la réduction de l'agressivité, de l'impulsivité ou les relations interpersonnelles, ce qui vient nuancer les affirmations voulant que les patients ayant un TPA sont intraitables. Ainsi, il apparaît qu'un travail autour de ces attitudes et comportements pourrait favoriser le maintien en emploi des individus ayant un trouble de la personnalité antisociale, puisque jusqu'à maintenant, la dimension ou le projet professionnel des personnes aux prises avec un TPA comme source potentielle de motivation au changement ou d'accomplissement n'est pas intégré dans les programmes que nous avons étudiés.

Par ailleurs, les études recensées à l'intérieur de notre recherche ne précisent pas comment le groupe, le soutien des pairs ou l'entraide mutuelle a pu influencer positivement la condition des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale. De plus, peu d'efficacité a été démontrée pour le développement des comportements prosociaux auprès de cette clientèle (Hornsveld et al., 2008). De surcroît, il semblerait que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale disposent de préparation interne moindre avant leur participation aux programmes due aux caractéristiques de ces derniers (absence de remords, irritabilité, agressivité, mépris inconsidéré pour la sécurité de soi et d'autrui, mensonges répétés) (Shaw et Edelman, 2017). Ce résultat suggère qu'il serait potentiellement important de favoriser une préparation préalable aux programmes en vue de l'implantation d'un programme futur pour cette clientèle, d'autant plus que cette dernière semble se désister prématurément de ceux auxquels elle participe (Ibid.). Dans une optique d'orientation, il semble que les enjeux de persévérance au programme auraient avantage à être liés explicitement aux activités afin de favoriser l'implication et le maintien en emploi des individus aux prises avec un TPA.

Autre fait important à considérer pour l'implantation d'un programme auprès de cette clientèle : le conditionnement opérant semble efficace auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale. Il s'avère que le renforcement positif au moyen de coupons monnayables entraîne une diminution importante de la consommation de substances chez les personnes présentant un TPA. Comme plusieurs chercheurs ont mentionné que les traitements psychologiques combinés aux traitements liés à l'abus de substances auprès d'individus présentant un TPA sont bénéfiques (Messina et al., 2003; McKendrick et al., 2006; Doyle et al., 2013; Thylstrup et al., 2015), il apparaît pertinent de tenir compte de cette approche dans

l'implantation d'un futur programme destiné aux individus aux prises avec un TPA. Dans un autre ordre d'idées, les périodes de suivi post programme paraissent à préconiser chez cette clientèle, puisqu'elles semblent avoir des impacts positifs auprès de certaines problématiques vécues par les individus ayant un TPA, en diminuant notamment la consommation de substances ainsi que les comportements agressifs ou impulsifs (Messina et al., 2003 ; McKendrick et al., 2006 ; Hornsveld et al., 2008 ; Doyle et al., 2013 ; Thylstrup et al., 2015).

Enfin, bien que des programmes d'intégration sociale et professionnelle soient déjà implantés pour les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale grave (Corbière, Lecomte et Lanctôt, 2011), il semble que notre population comporte certaines spécificités qui nécessitent l'ajustement des interventions déjà prévues à l'intérieur des programmes actuels. D'ailleurs, les mesures prévues par le programme IPS (Individual Placement Support) conçu par Becker et Drake (1994) et créé spécialement pour les individus présentant des troubles mentaux graves ne prévoient pas l'intégration des dimensions particulières à la clientèle aux prises avec un TPA. La nécessité de prendre en considération les différentes dimensions du travail et le maintien en emploi pour favoriser le recul critique et le développement de comportements prosociaux est à considérer pour l'implantation d'un futur programme en counseling de carrière groupal auprès d'une clientèle ayant un TPA afin de limiter les risques d'échecs reliés à l'insertion sociale et professionnelle de cette dernière.

## 1. LIMITES

Notre recension des écrits comporte certaines limites. Tout d'abord, certaines de nos études ne permettaient pas aux personnes présentant un TPA ayant des comportements

antisociaux actifs de participer aux programmes prévus étant donné les risques d'agressions physiques que leur inclusion pouvait engendrer au sein du groupe (Black et al., 2015; Hornsveld et al., 2007). Ainsi, bien que les programmes de groupes que nous avons recensés s'adressent à la clientèle ayant un TPA, nous ne savons pas si l'inclusion des individus aux comportements actifs aurait pu influencer les retombées que ces programmes eurent auprès de celle-ci. De même, comme précisé précédemment dans cette section, notre recherche n'a su répondre complètement à notre question de recherche : nous n'avons pas clairement pu démontrer comment l'intervention en counseling de carrière groupal mobilisant la thérapie cognitivo-comportementale influençait l'insertion sociale et professionnelle d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale. Nous pouvons par contre émettre des hypothèses sur les potentielles approches et dimensions sur lesquelles travailler pouvant favoriser celle-ci. Enfin, les programmes que nous avons recensés ne s'adressent pas tous exclusivement à la clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale. Nous pouvons ainsi constater que des possibilités de recherches futures quant à leur insertion socioprofessionnelle seraient pertinentes pour cette population.

## CONCLUSION

Comme présenté à l'intérieur de notre problématique, les individus ayant des troubles graves de la santé mentale, tel que le trouble de la personnalité antisociale, éprouvent des difficultés pour s'insérer socialement et professionnellement et pour se maintenir en emploi. Les personnes conseillères d'orientation sont ainsi amenées à intervenir en contexte de counseling de carrière groupal auprès de cette population dans le but de favoriser l'insertion sociale et professionnelle de ceux-ci. Cet essai s'intéressait à l'influence de l'intervention en counseling de carrière groupal mobilisant la thérapie cognitivo-comportementale sur l'insertion sociale et professionnelle d'une clientèle avec un trouble de la personnalité antisociale.

La recension systématique des écrits que nous avons effectuée a permis de relever que certains programmes basés sur une approche cognitivo-comportementale peuvent être efficaces pour améliorer les comportements pouvant être nuisibles à l'insertion et au maintien en emploi des individus ayant un trouble de la personnalité antisociale. Les programmes ont d'ailleurs prouvé leur efficacité en réduisant chez les participants ayant un TPA la consommation de substances, l'agressivité, l'impulsivité et en améliorant les relations interpersonnelles de ces derniers par le biais du conditionnement opérant et de la thérapie cognitivo-comportementale 2<sup>e</sup> vague. Dans un autre ordre d'idées, notre recherche a démontré que les personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale décrochent prématurément des traitements dans lesquels elles sont impliquées et qu'elles possèdent une préparation interne moindre avant le début des traitements, c'est-à-dire que leur niveau de motivation à changer, leurs capacités à participer aux programmes ainsi que les croyances qu'elles entretiennent à l'égard de la responsabilité des actes

qu'elles commettent ne sont pas favorables à la participation aux programmes qui leur sont offerts. Enfin, cette clientèle demeure avec un taux de récidive élevé, d'où l'importance d'effectuer des suivis post programme. Ainsi, il appert de tenir compte de ces spécificités dans l'implantation ou l'adaptation d'un prochain programme s'adressant à une clientèle atteinte d'un trouble de la personnalité antisociale. En effet, les programmes de counseling de carrière groupal ayant pour but de favoriser spécifiquement l'insertion sociale et professionnelle des individus atteints d'un trouble de la personnalité antisociale s'avèrent une lacune à combler dans le domaine de la recherche. Il semble du moins que depuis 2003, aucune recherche n'ait été effectuée en lien avec l'évaluation d'un programme d'insertion sociale et professionnelle auprès de cette population.



## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *DMS-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). (J.D. Guelfi et al., trad.). Paris, France : Masson. (Ouvrage original publié en 1952).
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., et Cullen, F.T. (1990) Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Arcand, S. Poupart, J., et Cantin, J. (2004). *Au-delà du système pénal : l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés*. Sainte-Foy, QC : Presse de l'Université du Québec.
- Azrin, N. H., et Philip, R. A. (1979). The job club method for the job handicapped: A comparative outcome study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 23, 144-155.
- Association Québécoise des Centres d'Intervention en Dépendance (s.d.). Accueil. Repéré à <https://aqcid.com/fr/>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barratt, E. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual Motor Skills*, 9, 191– 198.
- Bartels, N., et Crotty, T. (1992). *A systems approach to treatment: The Borderline personality disorder skill training manual*. Winfield, IL: EID Treatment Systems.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Philadelphia Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A., et Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Becker, D. R., et Drake, R. E. (1994). Individual Placement Support : A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193-206.
- Black, B. (1988). *Work and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University.

- Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., et Allen, J. (2013). STEPPS group treatment program for borderline offenders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 124–129.
- Black, D. W., Simsek, D. F., Blum, N., McCormick, B., et Allen, J. (2016). Do people with borderline personality disorder complicated by antisocial personality disorder benefit from the STEPPS treatment program? *Personality and Mental Health*, 10(3), 205–215.
- Blackburn, R., et Fawcett, D. (1999). The antisocial personality questionnaire: An inventory for assessing personality deviation in offender populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 14–24.
- Blum, N., Bartels, N., St. John, D., et Pfohl, B. (2002). *STEPPS: Systems training for emotional predictability and problem solving—Group treatment for borderline personality disorder*. Coralville, IA: Blum's Books.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., et Black, D.W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatient clients with borderline personality disorder – a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301-310.
- Bouvet, C. (2014). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)*. Paris : Dunod.
- Brook, J.S., Jung Yeon Lee, Rubenstone, E., Brook, D.W., et Finch S.J. (2016) Triple Comorbid Trajectories of Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use as Predictors of Antisocial Personality Disorder and Generalized Anxiety Disorder Among Urban Adults. *American Journal of Public Health*, 104(8), 1413-1420.
- Bucholz, K.K., Hesselbrock, V.M., Heath, A.C., Kramer, J.C., et Schuckit, M.A. (2000) A latent class analysis of antisocial personality disorder symptom data from a multi-centre family study of alcoholism. *Addiction*, 95(4), 553–567.
- Casey, S., Day, A., Howells, K., et Ward, T. (2007). Assessing suitability for offender rehabilitation. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1427-1440.
- Center for Therapeutic Community Research. (1992). *CTCR Baseline Interview Protocol*. New York : National Development and Research Institutes, Inc..
- Chaloult, L., Goulet, J., Ngo, T.L., et Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., et Hart, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2e éd.). Hillsdale, NJ : Erlbaum. (Ouvrage original publié en 1969).
- Connor Gorber, S., Langlois, K., Rehm, J., Samokhvalov, A.V., et Spence, S. (2012). Descriptions des états de santé mentale au Canada : Maladies mentales. *Statistique Canada*, 82-619(4), 1-92.
- Copas, J.B., et Marshall, P. (1998). The offender group reconviction scale: The statistical reconviction score for use by probation officers. *Journal of the Royal Statistical Society Series C*, 47, 159–171.
- Corbière, M., Lecomte, T., et Lanctôt, N. (2011). Services de réintégration au travail et interventions ponctuelles en réadaptation pour les personnes avec un trouble mental grave. Dans M. Corbière et M. Durand (Dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (p. 225-252). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Costa, P. T. Jr, et McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cottraux, J., et Blackburn, I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.
- Craissati, J., Minoudis, P., Shaw, J., Chuan, S. J., Simons, S., et Joseph, N. (2011). *Working with personality disordered offenders: A practitioners guide*. London, UK: Ministry of Justice National Offender Management Service.
- Dam-Baggen, C. M. J. van, et Kraaimaat, F. W. (2000). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding Inventory of Interpersonal Situations (IOA)* (2e éd.). Lisse, the Netherlands: Swets Test Services. (Ouvrage original publié en 1990).
- Davidson, K., Halford, J., Kirkwood, L., Newton-Howes, G., Sharp, M., et Tata, P. (2010). CBT for violent men with antisocial personality disorder. Reflections on the experience of carrying out therapy in MASCOT, a pilot randomized controlled trial. *Personality and Mental Health*, 4(3), 86-95.
- Diamond, P.M., et Magaletta, P.R. (2006). The short-form Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-SF) - A validation study with federal offenders. *Assessment*, 13(3), 227–240.
- Dionne, P. (2015). *Le groupe d'insertion sociale et professionnelle : apprentissages et développement au coeur de l'activité collective de personnes en situation de chômage de longue durée*. Thèse de doctorat en éducation, Université de Sherbrooke à Sherbrooke, QC.

- Disney, E., Kidorf, M., Kolodner, K., King, V., Peirce, J., Beilenson, P., et Brooner, R.K. (2006). Psychiatric Comorbidity Is Associated With Drug Use and HIV Risk In Syringe Exchange Participants. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(8), 577-583.
- Dorceus, S. (2014). *Les pratiques des conseillers et conseillères d'orientation du Québec en matière d'évaluation psychométrique dans les écoles secondaires*. Mémoire de maîtrise en orientation, Université de Sherbrooke à Sherbrooke, QC.
- Doyle, M., Khanna, T., Lennox, C., Shaw, J., Hayes, A., Taylor, J., Roberts, A., et Dolan, M. (2013) The effectiveness of an enhanced thinking skills programme for offenders with antisocial personality traits. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24(1), 1-15.
- Duggan, C. (2009). Treatment guideline for people with antisocial personality disorder: Overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(4), 219-223.
- Durbeej, N., Palmstierna, T., Rosendahl, I., Berman., A.H., Kristiansson, M., et Gumpert, C.H. (2015) Mental health services and public safety: Substance abuse outpatient visits were associated with reduced crime rates in a Swedish cohort. *PloS One*, 10(9), 1–17.
- D’Zurilla, T., Nezu, A.M., et Maydeu-Olivares, A. (2000). *Social problem solving inventory – revised*. North Tonawanda, NY: Multihealth Systems Inc.
- Easton, C.J., Oberleitner, L.M., Scott, M.C., Crowley, M.J. Babuscio, T.A., et Carroll, K.M. (2012). Differences in Treatment Outcome among Marijuana-Dependent Young Adults with and without Antisocial Personality Disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(4), 305-313.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., et Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766– 771.
- Engels, D.W., Minor, C.W., et Sampson, J.P. (1995). Career counseling specialty: history, development, and prospect. *Journal of Counseling and Development*, 14, 134-138.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., et Buchner, A. (2007) G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Fazel, S., et Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545–550.

- Finch, J.R., et Wheaton, J.E. (1999) Patterns of services to vocational rehabilitation consumers with serious mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(3), 214–227.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., et Williams, J.B.W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Patient Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., et Smith-Benjamin, L. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV® axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, User's Guide.
- Fleury, M.-J., et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Rapport de recherche adressé au Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, Québec.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation (Ouvrage original publié en 2006).
- Fridell, M., Hesse, M., et Johnson, E. (2006). High prognostic specificity of antisocial personality disorder in patients with drug dependence: results from a five-year follow-up. *The American Journal On Addictions*, 15(3), 227–232.
- Fridell, M., Hesse, M., Jaeger, M.M., et Kuhlhorn, E. (2008) Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addictive Behaviors*, 33, 799–811.
- Gendreau, P., et Goggin, C. (1996). Principles of Effective Correctional Programming. *Forum on Corrections Research*, 8(3), 38-41.
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J.M., Huband, N., Völm, B.A., Ferriter, M., et Lieb, K. (2009). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD007668.pub2
- Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Saha, T.D., Ruan, W.J., Compton, W.M., et Grant, B.F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(5), 814–828.
- Gough, H.G. (1987). *California Psychological Inventory Administrator's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Gouvernement du Québec (2019). Chapitre C-26, Code des professions. Repéré à <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26>
- Gouvernement du Québec (2018). Portail santé mieux-être. Problèmes de santé et problèmes psychosociaux. Santé mentale (maladie mentale). Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W., et Pickering, R.P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Grebot, E., et Dardard, J. (2010) Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l'addiction au cannabis des jeunes adultes. *Psychologie Française*, 55(4), 373-387.
- Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche (2014). Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains. Gouvernement du Canada : Canada.
- Guédon, M.-C., Savard, R., Le Corff, Y., et Yergeau, É. (2011). *Tests à l'appui. Pour une intervention intégrée de la psychométrie en counseling de carrière*. Québec : Éditions Septembre.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Washington, DC: US Department of HEW Publications.
- Harvey, R., Black, D. W., et Blum, N. (2010). STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) in the United Kingdom: A preliminary report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 225– 232.
- Hart, S.D., Cox, D.N., et Hare, R.D. (1995). *The Hare PCL:SV Psychopathy Checklist: Screening Version Manual*. Toronto, Canada, Multi-Health Systems.
- Hatchett-T., G. (2015). Treatment Guidelines for Clients with Antisocial Personality Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(1), 15-27.
- Hitchcock, G.L. (1994). *The efficacy of cognitive group therapy with incarcerated psychopaths*. California School of Professional Psychology: Fresno.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J., et De Fruyt, F. (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten [Manual NEO Personality Questionnaires]*, Lisse, the Netherlands: Swets Test Services.

Hogan, B. E., Linden, W., et Najarian, B. (2002), Social support interventions: Do they work ? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.

Home Office (2002) *Offender Assessment System: OASys: User Manual*. London: Home Office.

Hornsveld , R. H. J. , Nijman , H. L. I. , Hollin , C. R. , et Kraaimaat , F. W. (sous presse) . The development of the Observation Scale for Aggressive Behavior (OSAB). *International Journal of Law and Pscychaitry*.

Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., et Kraaimaat, F. W. (2002). *Attributie Vragenlijst [Attribution Questionnaire]*. Manuscrit inédit, Rijswijk, the Netherlands.

Hornsveld, R.H.J. (2004a). Aggression Control Therapy for forensic psychiatric patients: Development and preliminary results. Dans Goldstein, A. P., Nensén, R., Daleflod, B. et Kalt, M, (Dir.), *New perspectives on Aggression Replacement Training* (p. 189-196). Chichester, UK: Wiley.

Hornsveld, R. J., Nijman, H. I., et Kraaimaat, F. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime et Law*, 14(1), 1–18.

Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., et Duggan, C. (2013) Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 191-202.

Jansen, M.A. (1988) The psychological and vocational problems of persons with chronic mental illness. Dans J.A. Ciardiello, et M.D. Bell, (Dir.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disabilities* (p. 35-46). Baltimore: Johns Hopkins University.

Jones, M. (1952). *Social psychiatry: a study of therapeutic communities*. Oxon: Routledge.

Jones, M. (1963). The treatment of character disorders. *British Journal of Criminology*, 3, 276-282.

Kellog, C.E., et Morton, N.W. (1974). *Revised Beta Examination-Second Edition Manual (Beta II)*. New York, Psychological Corporation.

Khalifa, N., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völlm, B.A., Ferriter, M., et Lieb, K. (2010) Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi:10.1002/14651858.CD007667.pub2

Kirby, M. J., et Keon, W.J. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Rapport

Kirby, Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Kunz, M., Yates, K. F., Czobor, P., Rabinowitz, S., Lindenmayer, J.-P., et Volavka, J. (2004). Course of patients with histories of aggression and crime after discharge from a cognitive-behavioral program. *Psychiatric Services*, 55(6), 654–659.

Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., et al. (1997) The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231.

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., et Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 62(6), 553–564.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Marini, I. (2003). What rehabilitation counselors should know to assist Social Security beneficiaries in becoming employed. *Work*, 21(1). 37-43.

Mcguire, J. (2015). Modes de traitement des délinquants atteints de troubles mentaux. Dans L. L.-Motiluk, et R. C. Serin, (Dir.), *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces* (p.136-150). Canada : Service correctionnel Canada.

McKendrick, K., Sullivan, C., Banks, S., et Sacks, S. (2006). Modified therapeutic community treatment for offenders with MICA disorders: Antisocial personality disorder and treatment outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation*, 44(2), 133-159. doi:10.1300/J076v44n02\_06

McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinatti, H., et Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.

Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., et Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839–843.

Meier, P.S., et Barrowclough, C. (2009). Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence. *Drugs: Education, Policy, and Prevention*, 16, 7–38.

Messina, N., Farabee, D., et Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 320–329.



- Ministère de la Sécurité publique (2010). Plan d'action gouvernemental 2010-2013. La réinsertion sociale des personnes contrevenantes : une sécurité durable. Repéré à <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-et-statistiques/plan-2010-2013-reinsertion-sociale/en-ligne.html>
- Ministère de la Sécurité publique (2018). Une carrière au ministère. Repéré à <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/ministere/carriere-msp/agent-probation.html>
- Moran P. (1999) The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34(5), 231–242.
- Motiuk, L.L., et Porporino, F. J. (1991). *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada*. Rapport de recherche R-24, Ottawa, ON : Service correctionnel Canada
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. Dans J. Monahan et H. J. Steadman (Dir.), *Violence and mental disorder* (p. 21–59). Chicago: The University of Chicago Press.
- Novaco, R.W. (2003). *The Novaco anger scale and provocation inventory (NAS-PI)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (2010a). *Guide d'évaluation en orientation*. Montréal : OCCOQ.
- Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (2010b). *Le profil des compétences générales des conseillers d'orientation*. Montréal : OCCOQ.
- Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (2018). Les services du conseiller d'orientation par secteurs de pratique. Repéré à <https://www.orientation.qc.ca/informations-pour-le-public/le-conseiller-dorientation/ses-services-par-secteurs-de-pratique>.
- Ordre des Psychologues du Québec (2019). Les orientations théoriques. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/les-orientations-theoriques>
- Organisation mondiale de la Santé (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Repéré à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessionid=8D370E9CF0782CFC7646F89E6C850071?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=8D370E9CF0782CFC7646F89E6C850071?sequence=1)

- Overall, J.E., et Gorman, D.L. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799–812.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Armand Colin. (Ouvrage original publié en 2003).
- Pankow, J., et Knight, K. (2012). Asociality and engagement in adult offenders in substance abuse treatment. *Behavioral Sciences and The Law*, 30(4), 371-383.
- Petitjean, F. (2013). La personnalité antisociale (dyssociale), Dans J.D. Guelfi et P. Hardy, (Dir.), *Les personnalités pathologiques* (p. 134-140). Paris: Médecine Sciences.
- Pfohl, B., Blum, N., et Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM- IV Personality: SIDP- IV*. American Psychiatric Publishing, Inc : Washington DC.
- Ploeg, H. M., van der, Defares, P. B., et Spielberger, C. D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV [Manual for the Self-Analysis Questionnaire, ZAV]*, Lisse, the Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Reid Meloy, J., et Yakeley J. (2014). Antisocial personality disorder. Dans G. O. — Gabbard (Dir.), *Treatment of psychiatric disorders* (5e éd., DSM-5 éd., p. 1015-1034). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association. (Ouvrage original publié en 1995).
- Rikoon, S.H., Cacciola, J.S., Carise, D., Alterman, A.I., et McLellan, A.T. (2006) Predicting DSM-IV dependence diagnoses from addiction severity index composite scores. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), 17–24.
- Robins, L. N., et Helzer, J. E. (1985). *Diagnostic Interview Schedule (DIS) Version III-A*. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., et Stommel, J. (2003). Modified Therapeutic Community Program For Inmates With Mental Illness and Chemical Abuse Disorders. *Corrections Today*, 65(6), 90–99.
- Salekin, R. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112.
- Schildbach, S., et Schildbach, C. (2018). Prevalence of psychiatric disorders in detainees serving imprisonment as an alternative punishment for failure to pay penalty fees: A longitudinal study. *International Journal Of Law And Psychiatry*, 58, 105-109.

- Segal, Z.V., 1988. Appraisal of the self schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147–161.
- Shaw, J., et Edelman, R. (2017). Personality disorder, treatment readiness and dropout from treatment in three community-based cognitive skills and violence reduction programmes. *Journal of Forensic Practice*, 19(4), 247-257.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241.
- Simpson, A.I, Grimbos, T., Chan., C., et Penney, S.R (2015) Developmental typologies of serious mental illness and violence: Evidence from a forensic psychiatric setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 1048-1059.
- Sobell, L.C., et Sobell, M.B. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing selfreported alcohol consumption. Dans R.Z. Litten et J. Allen (Dir.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods* (pp. 41-72). New Jersey: Humana Press.
- Stewart, L. A., Nolan, A., Thompson, J., et Sapers, J. (2015). Déterminants sociaux de la santé chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale (Rapport de synthèse no B-59). Ottawa (ON): Service correctionnel du Canada.
- Stuart, H., et Arboleda-Florez, J. (2009). Maladie mentale et discrimination en emploi : examen des enjeux. Traduction française par A. Samson, *Le partenaire*, 18(1), 23-27.
- The National Institute of Mental Health (2017). Mental Health Information. Statistics. Mental Illness. Repéré à <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.
- Thylstrup, B., et Hesse, M. (2011). The impulsive lifestyle counseling program for antisocial behavior in outpatient substance abuse treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(8), 919-935.
- Thylstrup, B., Schröder, S., et Hesse, M. (2015). Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 15, 283-295.
- Thylstrup, B., et Hesse, M. (2016). Impulsive lifestyle counselling to prevent dropout from treatment for substance use disorders in people with antisocial personality disorder: A randomized study. *Addictive Behaviors*, 57, 48-54.
- Torgersen, S., Kringlen, E., et Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch General Psychiatry*, 58(6), 590–596.
- Tolbert, E.L. (1974). *Counseling for career development*. Boston: Houghton Mifflin.

- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2014). *L'intervention sociale auprès des groupes* (3e éd.). Montréal: Gaëtan Morin éditeur. (Ouvrage original publié en 2001).
- Van den Bosch, L.M.C., Rijckmans, M.J.N., Decoene, S., et Chapman, A.L. (2018) Treatment of antisocial personality disorder: Development of a practice focused framework. *International Journal of Law and Psychiatry*, 58, 72-78.
- Vernick, S., et Reardon, R. (2001). Career Development Programs in Corrections. *Journal of Career Development (Springer Science and Business Media B.V.)*, 27(4). 265-277.
- Walter, G.D. (2005). Incremental validity of the psychological inventory of criminal thinking styles as a predictor of continuous and dichotomous measures of recidivism. *Assessment*, 12, 19-27.
- Watson, D., et Clark, L. A. (1999). *The PANAS- X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule- expanded form*. Ames : The University of Iowa.
- Wechsler, D. (1981) *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised Manual*. New York, Psychological Corporation.
- Wilson, P.R. (1994). Recidivism and vocational education. *Journal of Correctional Education*, 45(4), 158-163.
- Wilson, H.A. (2014) Can Antisocial Personality Disorder Be Treated? A Meta-Analysis Examining the Effectiveness of Treatment in Reducing Recidivism for Individuals Diagnosed with ASPD. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 36-46. doi: 10.1080/14999013.2014.890682
- Xie, H., Dain, B.J., Becker, D.R., et Drake, R.E. (1997) Job tenure among persons with severe mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(4), 230–239.
- Yochelson, S., et Samenow, S. E. (1976). *The criminal personality*. Northvale, NJ: Aronson.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Zalaquett, C.P. (2009). Career and mental health. *Career Planning and Adult Development Journal*, 25(1), 119-133.
- Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN- BPD): A continuous measure of DSM- IC borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 233– 242.

## ANNEXE A- CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Critères diagnostiques	<b>301.7 (F60.2)</b>
<p>A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.</li> <li>2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.</li> <li>3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance.</li> <li>4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions.</li> <li>5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.</li> <li>6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.</li> <li>7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.</li> </ol> <p>B. Âge au moins égal à 18 ans.</p> <p>C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.</p> <p>D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.</p>	

---

Les critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale (APA, 2015, p.857).

## ANNEXE B- TABLEAU COMPARATIF DES PROGRAMMES RECENSÉS

Auteurs	N + contexte national	Programme/type de tâches	Durée	Résultats
Messina, Farabee et Rawson (2003)	<p>Californie.</p> <p>N= 108 participants volontaires, dont 48 présentant un diagnostic du trouble de la personnalité antisociale profitant de traitements de narcotiques divisés en 4 groupes et répondant aux critères suivants :</p> <p>1- Avoir déjà été soumis à des traitements à la méthadone ;</p> <p>2- Respecter les critères du DSM-5 pour la consommation de cocaïne ;</p> <p>3- Tester</p>	<p>Groupe 1 : procédure CBT : Basée sur le principe d'apprentissage social (discussion de sujets, renforcement de comportements prosociaux, activités basées sur des principes cognitifs et comportementaux) + recevoir une dose de 72 mg de méthadone.</p> <p>Groupe 2 : procédure CM : basée sur les principes du conditionnement opérant où des bons sont remis aux participants qui testent négatifs à l'échantillon d'urine + 62 mg de méthadone.</p> <p>Groupe 3 : CBT + CM + 68 mg de méthadone</p> <p>Groupe 4 : Soutien à la méthadone uniquement (71 mg).</p> <p>Outil de mesure : tests urinaires.</p>	<p>Rencontres de groupe pour CBT et pour CBT + CM.</p> <p>CBT : 48 sessions de groupe (3 par semaines pendant 16 semaines).</p> <p>CM : Fournir trois échantillons d'urine par semaine durant 16 semaines et avoir un entretien de 2 à 5 minutes avec le technicien.</p> <p>Soutien à la méthadone durant 16 semaines.</p>	<p>- Personnalité antisociale : plus susceptible de s'abstenir de consommer ;</p> <p>- Meilleurs résultats au CM que dans le cas où la CBT était seule ;</p> <p>- Le renforcement positif au moyen d'argent a fait ses preuves auprès de cette clientèle (plus de la moitié (58 %) des patients ayant un TPA dans le CM avait des résultats négatifs aux tests urinaires à chaque période de suivi ;</p> <p>- Meilleurs résultats aux trois conditions de traitements que dans le groupe contrôle (MM) ;</p> <p>- Patients ayant un TPA dans la condition CM ont de meilleurs résultats que ceux n'ayant pas de TPA ;</p> <p>- Patients ayant un TPA dans les conditions CBT+ CM ont montré une augmentation de l'abstinence au cours des trois mois de suivi dépassant le nombre de patients ayant uniquement participé à la CM</p>

	positivement au dépistage de la cocaïne (test d'urine) au cours du mois précédent l'inscription à l'étude.			<p>à la semaine 52 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients ayant uniquement reçu le traitement MM ont vu leur taux d'abstinence diminué après chaque période de suivi ;</li> <li>- Les clients n'ayant pas de TPA ayant participé au CBT ont démontré un taux d'abstinence plus élevé après chaque période de suivi ;</li> <li>- Les individus n'ayant pas de TPA ayant participé au CM étaient moins susceptibles d'être abstinentes à la 52<sup>e</sup> semaine que ceux qui avaient effectué seulement le CBT ;</li> <li>- 40 % des individus présentant un TPA dans le groupe CBT+CM, lors des périodes de suivi, testaient négatif à la consommation de cocaïne contre 31 % pour la CBT uniquement ;</li> <li>- Aucun membre du groupe MM n'avait trois résultats consécutifs d'urine sans cocaïne.</li> </ul>
Black, Simsek, Blum, McCormick et Allen (2016)	États-Unis.  Première étude : N= 65 participants dont 49 diagnostiqués avec	Le STEPPS program (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) comprend trois composantes soit : 1- La psychoéducation sur le trouble de la personnalité limite ;	1 rencontre de deux heures par semaine pendant 20 séances ainsi que 2 rencontres par mois pendant	Étude 1 : - Meilleurs résultats avec les individus atteints d'un trouble de la personnalité limite en concomitance avec un trouble de la personnalité antisociale que chez

	<p>un TPL et 16 avec un TPL + TPA ayant reçu le STEPPS plus le traitement comme à l'habitude.</p> <p>Deuxième étude :</p> <p>N=64 sujets dont 55 en prison et 9 en milieu communautaire (20 diagnostiqués avec un TPL et 44 avec un TPL + TPA).</p>	<p>2- L'enseignement des compétences de modulation des émotions ;</p> <p>3- L'enseignement des compétences de gestion des comportements.</p> <p>Étude 1 : outils de mesure : Indice de gravité global : CGI et GAS; Symptômes dépressifs : BDI; Impulsivité : BIS; Gravité globale du trouble de la personnalité limite : ZAN-BDP et BEST.</p> <p>Étude 2 : outils de mesure : BEST, PANAS (positive and negative affect schedule) et BDI.</p>	<p>1 an.</p> <p>Rencontres de groupe (6 à 10 participants).</p>	<p>ceux atteints d'un trouble de la personnalité limite seulement (réduction de la sévérité) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Différence significative pour l'impulsivité (ZAN-BPD et BIS).</li> </ul> <p>Étude 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scores au BEST et au PANAS suggèrent un niveau d'amélioration plus élevé chez les individus avec un TPL et avec un TPA par rapport à ceux avec uniquement un TPL ;</li> <li>- Les plus grands effets ont été remarqués pour les comportements positifs (BEST) et l'affectivité positive (PANAS).</li> </ul>
Hornsveld, Nijman et Kraaimaat (2008)	<p>Pays-Bas.</p> <p>Deux études menées sur 89 patients hospitalisés (groupe contrôle de 38 participants) et 92 patients en ambulatoires (groupe contrôle de 86 patients) présentant un trouble de la personnalité</p>	<p>Agression Control Therapy (ACT) comprend:</p> <p>1- Modules de gestion de la colère, d'aptitudes sociales, de raisonnement moral et d'autorégulation.</p> <p>Outils de mesure utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychopathy Checklist- Revised ;</li> <li>- The Neo Five-Factor Inventory ;</li> <li>- The Zelf-Analyse Vragenlijst ;</li> <li>- Attributie Vragenlijst ;</li> <li>- Agresie Vragenlijst ;</li> <li>- Novaco Anger Scale ;</li> </ul>	<p>15 réunions s'échelonnant sur 15 semaines et trois réunions de suivi toutes les cinq semaines d'une durée de 90 minutes.</p> <p>Rencontres de groupe de 5 à 8 participants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participants n'ayant pas achevé le programme se distinguaient des finissants par un comportement antisocial plus chronique ;</li> <li>- ACT réduit le comportement agressif, mais n'augmente pas les compétences sociales ;</li> <li>- L'ACT n'influence pas l'anxiété sociale ;</li> <li>- Individus ayant reçu le traitement de l'ACT ont signalé moins d'hostilité et un comportement moins agressif lors de l'évaluation de suivi que le groupe contrôle ;</li> </ul>



	antisociale soumis à des questionnaires et des observations pré-traitement et post-traitement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Inventarisatielijst Omgaan met Anderen ;</li> <li>- OSAB.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les clients ne semblaient pas se considérer socialement incompétents et affirmaient n'éprouver aucun problème à s'entendre avec les autres ;</li> <li>- Cependant, les données des questionnaires ont démontré que les deux groupes avaient des problèmes de comportements.</li> </ul>
Kunz, Yates, Czobor, Rabinowitz, Lindenmayer et Volavka (2004)	<p>États-Unis.</p> <p>N= 85 patients présentant des troubles mentaux graves et des antécédents d'agression, de récidivisme de crime ou les deux dans des centres de traitements hospitaliers (40 % d'entre eux présentant un trouble de la personnalité antisociale).</p>	<p>STAIR : Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation est un programme de compétences cognitives établi sur une structure de récompense comportementale.</p> <p>Comprend l'enseignement des six compétences cognitives suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résolution de problèmes ;</li> <li>- Pensée créatrice ;</li> <li>- Valorisation des valeurs ;</li> <li>- Aptitudes sociales ;</li> <li>- Raisonnement critique ;</li> <li>- Gestion des émotions.</li> </ul> <p>Outils de mesure utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WAIS-R ou Beta-II ;</li> <li>- PCL : SV ;</li> <li>- Rapports mensuels.</li> </ul>	<p>Chaque compétence est enseignée sur une série de 3 à 10 séances par compétence. Les compétences sont enseignées dans des sessions de 45 minutes en petits groupes deux fois par semaine durant 72 sessions.</p> <p>Rencontres de groupe, mais le nombre de participants n'est pas précisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après 33 mois à 4 ans dans la communauté, 39 % des patients sont demeurés stables dans la communauté (pas de réhospitalisation ni d'arrestation), 41 % ont été réhospitalisés à un moment après leurs sorties, 69 % ont été réadmis pour des séjours de courtes durées et 11 % dans des traitements de longues durées ;</li> <li>- 17 % furent réarrêtés dont 29 % pour des crimes violents. Les autres 71 % (des 17%) furent arrêtés pour des infractions mineures telles que celles reliées à la drogue ;</li> <li>- Les individus ayant obtenu des scores élevés de psychopathie appartenaient la plupart du temps au groupe ayant été réhospitalisés ou réincarcérés (réarrêtés).</li> </ul>

<p>McKendrick, Sullivan, Banks et Sacks (2006)</p>	<p>Colorado, États-Unis.</p> <p>N= 139 détenus (75 dans le groupe MTC et 64 dans le groupe MH) dont 69 présentaient un trouble de la personnalité antisociale.</p>	<p>MTC groupe : programme basé sur la thérapie cognitivo-comportementale qui vise à réduire l'intensité des interactions interpersonnelles et qui utilise la communauté comme agent de guérison et d'entraide mutuelle.</p> <p>Traite des sujets tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les attitudes, comportements et mode de vie dans trois domaines (consommation de substances, maladie mentale et comportements/pensées criminels) ;</li> </ul> <p>Il contient des cours psychoéducatifs ; la prise de médicaments ; des interventions thérapeutiques spécifiques pour chaque client (p.ex. : groupes de résolution de conflits).</p> <p>MH : programme basé sur la thérapie cognitivo-comportementale comprenant la prise de médicaments, des thérapies individuelles et la participation à des groupes spécialisés.</p> <p>Traite les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie de gestion de la colère et éducation ;</li> <li>- Violence domestique ;</li> <li>- Parentalité ;</li> </ul>	<p>4 à 5 heures par jour, cinq jours par semaine pendant 6 à 12 mois.</p> <p>Rencontres de groupe, mais le nombre des participants n'est pas précisé</p>	<p>Au départ, les individus présentant un trouble de la personnalité antisociale étaient moins motivés par le programme.</p> <p>12 mois après la libération :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effets positifs des 2 traitements sur les individus ayant un TPA ou non ;</li> <li>- Groupe MTC avec un TPA ont eu plus de réincarcérations ;</li> <li>- Résultats positifs dans le domaine de la toxicomanie pour les individus ayant un TPA et mesures criminelles pour individus sans TPA dans le MTC ;</li> <li>- Effet non important de la criminalité pour les individus ayant un TPA dans MTC ;</li> <li>- Groupe MTC moins réincarcéré.</li> </ul>
--	--	--	--	---

		<p>Comporte un traitement hebdomadaire de la toxicomanie (basé sur la prévention de la rechute, 72 heures).</p> <p>Mesures d'évaluation pré et post-traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevue avec autoévaluation des mesures de la criminalité et de la consommation de substances basée sur le CTCR protocol ;</li> <li>- Informations sur le dossier de correction ;</li> <li>- Questionnaire évaluant les impacts de la consommation de substances.</li> </ul>		
Shaw et Edelmann (2017)	<p>Royaume-Unis.</p> <p>N= 186 hommes en communauté de probation dont 25,7 % présentaient un trouble de la personnalité antisociale ont été recrutés par le biais de réunions préalables à la participation aux trois programmes suivants : Thinking</p>	<p>Évaluer le niveau de préparation des personnes ayant un TPA et la complétude des traitements aux programmes suivants : Thinking Skills (TSP), un programme comprenant des interventions en matière de compétences cognitives d'une durée de 15 sessions, le programme Aggression Replacement Training (ART), d'une durée de 18 séances et spécialement conçu pour les délinquants violents ainsi que le programme de lutte accélérée contre la violence familiale (IDAP-A), comprenant 22 séances d'intervention en matière de violence</p>	<p>Rencontres de groupe, mais le nombre de participants n'est pas précisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsque combiné en un seul groupe de non-finissants, le non-achèvement était associé de manière significative à la présence de TPA ;</li> <li>- Individus ayant un TPA associés à une moindre préparation interne avant le programme ;</li> <li>- À la sous-échelle d'efficacité qui mesure la capacité perçue des participants à changer dans le test CVTRQ, les clients présentant un TPA ont obtenu une corrélation négative, ce qui suppose qu'ils ne sont potentiellement pas prêts à</li> </ul>

	Skills, ART program et le Programme intégré pour violence domestique-accélééré	domestique.  Outils de mesure :  - CVTRQ et OASY.		changer.
Easton, Oberleitner, Scott, Crowley, Babuscio et Carroll (2012)	États-Unis.  N= 136 jeunes adultes dépendants à la marijuana dans un centre de traitement ambulatoire de l'unité de traitement des substances psychoactives dont 60 étaient diagnostiqués avec un trouble de la personnalité antisociale.  Tous les participants étaient impliqués dans le système de justice pénale.	Les participants étaient soumis à l'un ou autres de ces quatre traitements : Premier groupe : MET/CBT + CM Deuxième groupe : MET/CBT sans CM Troisième groupe : DC + CM Quatrième groupe : DC sans CM.  1- Motivational Enhancement /Skills Training (MET/CBT) : traitement thérapeutique individuel basé sur des techniques cognitivo-comportementales et sur la formation aux compétences liées à la compréhension des schémas de consommation de substances et de stratégies pour reconnaître et gérer les besoins.  2- Contingency Management (CM) : basé sur des remises de bons d'argent lors de test d'urine négatif à la consommation de marijuana.  3- Individual Drug Counseling (DC) : basé sur l'insistance à l'abstinence	Séances individuelles s'échelonnant sur 8 semaines et suivi après 6 mois.  Rencontres de groupes dans le DC, mais le nombre de participants n'est pas précisé.	- Pas de différence significative entre les individus ayant un TPA ou non en ce qui concerne le nombre de séances suivies ; - Pas de différence significative par rapport au taux d'abstinence ; - Après les groupes, les personnes ayant un TPA ont eu davantage d'arrestations que celles qui n'avaient pas de TPA ; - Participants qui recevaient des coupons ont assisté à davantage de séances qu'ils aient un TPA ou non ; - Analyses secondaires ont démontré une amélioration globale des individus ayant un TPA entre le traitement et avant le traitement quelle que soit la modalité du groupe ; - Amélioration, chez les individus ayant un TPA, du statut juridique, familial, psychiatrique et de la consommation de marijuana ;

		<p>grâce à l'utilisation des groupes d'entraide et de l'approche en 12 étapes.</p> <p>Outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage urinaire;</li> <li>- Auto-rapports de consommation recueillis par la méthode TimeLine Followback;</li> <li>- SCID;</li> <li>- CPI-So;</li> <li>- ASI.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de résultats significatifs pour ces mêmes éléments au cours des suivis de 6 mois ;</li> <li>- Pas de différence significative entre les différentes modalités de traitement pour les individus ayant un TPA.</li> </ul>
Doyle, Khanna, Lennox, Shaw, Hayes, Taylor, Roberts et Dolan (2013)	<p>Angleterre.</p> <p>N= 126 détenus de sexe masculin ayant des signes évidents de traits identifiés comme étant un diagnostic de TPA.</p> <p>Groupe ayant subi l'intervention : N=70</p> <p>Groupe témoin : N=56.</p>	<p>ETS : Enhanced Thinking Skills: Basé sur de la formation en maîtrise des impulsions, en pensée flexible, en raisonnement général et moral et en résolution de problèmes interpersonnels.</p> <p>Outils de mesure pris au début du traitement (T1) et au post-traitement (T2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'APQ : questionnaire sur la personnalité antisociale ;</li> <li>- L'échelle de colère de Novaco ;</li> <li>- L'inventaire de résolution de problèmes sociaux : version abrégée.</li> </ul>	<p>20 séances de groupe d'une durée de 120 à 150 minutes chacune sur une période de 5 semaines.</p> <p>Rencontres de groupe, mais le nombre de participants n'est pas précisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scores du groupe ETS sur toutes les mesures étaient significativement favorable en T2 que pour le groupe témoin ;</li> <li>- Groupe ETS : scores significativement plus faibles en T2 dans tous les sous-groupes du NAS, ce qui suggère que l'ETS pourrait avoir un effet bénéfique sur la régulation de la colère ;</li> <li>- Scores significativement plus faibles dans tous les sous-groupes de l'APQ sauf pour l'échelle contrôle de soi et extraversion ;</li> <li>- Le groupe ETS a amélioré ses scores aux facteurs d'ordre élevé d'impulsivité et de sevrage ainsi qu'une amélioration aux sous-échelles suivantes : maîtrise de soi,</li> </ul>

				<p>estime de soi, évitement, suspicion paranoïaque, ressentiment, agression et déviance ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe ETS a obtenu une amélioration significative du score SPSI, ce qui suggère que l'ETS pourrait être efficace afin d'améliorer les compétences en résolution de problèmes sociaux ;</li> <li>- Pas de différence entre les groupes aux sous-échelles PPO, NPO et AS (positive problem orientation, rational problem solving et avoidance style).</li> </ul>
Thylstrup, Schroder et Hesse (2015)	<p>Danemark.</p> <p>N= 176 patients diagnostiqués avec un trouble de la personnalité antisociale dans des centres de traitement liés à une toxicomanie.</p> <p>Groupe subissant le traitement habituel (TAU) : N= 80</p>	<p>Types de traitement :</p> <p>TAU (Traitment As Usual) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès au traitement par substitution aux opioïdes si besoin ;</li> <li>- Accompagnement psychosocial sous forme de travail social afin de les conseillers ou de les orientés vers des résidences de réhabilitation ;</li> <li>- Suivi psychiatrique pour diagnostic et traitement d'autres affections psychiatriques.</li> </ul> <p>ILC (Impulsive Lifestyle Counselling) :</p>	<p>6 séances de groupe.</p> <p>Le nombre de participants par groupe n'est pas précisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 % du groupe ILC ont assisté aux six séances ;</li> <li>- Les taux de suivi à trois mois étaient de 81 % pour TAU et 77 % pour ILC et à 9 mois de 71 % dans le TAU et 68 % dans l'ILC ;</li> <li>- ILC augmente le taux d'efficacité du traitement de la toxicomanie chez les individus TPA ;</li> <li>- Aucun effet statistiquement significatif n'a été démontré pour l'agression auto-déclarée ;</li> <li>- Proportion plus importante de patients qui étaient abstinentes dans le groupe ILC ;</li> <li>- Les participants du groupe ILC et</li> </ul>

	<p>Groupe subissant le traitement habituel (TAU) plus le programme psychoéducatif : l'Impulsive Lifestyle Counselling) : N= 96.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séance 1 : objectif initial du programme et identification des pensées et des comportements liés au TPA ;</li> <li>- Séance 2 : basée sur une version adaptée du modèle Antécédents-Croyances-Conséquences de la thérapie rationnelle-émotive qui relie les comportements impulsifs des participants aux conséquences immédiates de ces derniers ;</li> <li>- Séance 3 : basée sur l'impulsivité et les comportements destructeurs et comment ceux-ci sont liés à des croyances liées au TPA ;</li> <li>- Séance 4 : basée sur le concept de valeur en mettant en lumière celles qui peuvent aider ou empêcher le patient de changer de mode de vie ;</li> <li>- Séance 5 : se concentre sur les réseaux sociaux et comment ceux-ci peuvent influencer le style de vie ;</li> <li>- Séance 6 : les participants sont invités à aborder les sujets qui ont été les plus pertinents pour eux ainsi que les efforts qu'ils</li> </ul>		<p>TAU ont réduit leur agressivité en général (BPAQ) 9 mois après le programme (SMD = 0.76, <math>p &lt; 0.001</math>) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les participants du groupe ILC ont réduit leur agression interpersonnelle (SRASBM) avec une petite taille de l'effet (SMD = 0.57, <math>p &lt; 0.001</math>) tandis que le TAU de même, avec une moyenne taille de l'effet (SMD = 0.57, <math>p &lt; 0.001</math>).</li> </ul>
--	---	---	--	--

		<p>comptent faire pour changer leurs comportements.</p> <p>Outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) pour déterminer si les individus répondent bien aux critères du TPA ;</li> <li>- Addiction Severity Index (ASI) pour mesurer l'utilisation de substances psychoactives ;</li> <li>- Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) pour mesurer le niveau d'agressivité en général ;</li> <li>- Self-Report of Aggression and Social Behavior Measure pour mesurer l'agression interpersonnelle (SRASBM).</li> </ul>		
--	--	--	--	--